STANISŁAWA STEUDEN

PORADNICTWO PSYCHOLOGICZNE

DLA OSÓB W OKRESIE PÓŹNEJ DOROSŁOŚCI

- PRZECZYTAJ O CHARAKTERYSTYCE OKRESU PÓŹNEJ DOROSŁOŚCI
- DOWIEDZ SIĘ, JAKICH TRUDNOŚCI W REALIZACJI ZADAŃ ROZWOJOWYCH DOŚWIADCZAJĄ STARSZE OSOBY
- POZNAJ METODY POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ OSOBOM W OKRESIE PÓŹNEJ DOROSŁOŚCI

PWN

SPIS TREŚCI

1. CHARAKTERYSTYKA OKRESU PÓŹNEJ DOROSŁOŚCI

2. TRUDNOŚCI POJAWIAJĄCE SIĘ W REALIZOWANIU ZADAŃ ROZWOJOWYCH W OKRESIE PÓŹNEJ DOROSŁOŚCI

3. DOLEGLIWOŚCI NASILAJĄCE SIĘ Z WIEKIEM
   3.1. ZABURZENIA WIDZENIA
   3.2. ZABURZENIA SŁUCHU
   3.3. ZESPOŁY OTĘPIENNE
   3.4. ZABURZENIA PSYCHICZNE

4. METODY POMOCY OSOBOM W OKRESIE PÓŹNEJ DOROSŁOŚCI

5. PODSUMOWANIE

BIBLIOGRAFIA

Starość – ostatni okres rozwojowy – oznacza nowe zadania, niekiedy bardzo trudne. W powszechnej opinii łączy się ona nie tylko z życiową mądrością, doświadczeniem, cierpliwością, powściągliwością w wyrażaniu opinii, ale także z obniżaniem się sprawności fizycznej i psychicznej, wycofywaniem się z ról społecznych, zawodowych, szybszą męczliwością.

Z danych szacunkowych GUS (2009) wynika, że w 2020 r. ogólna liczba osób starszych na świecie sięgnie ponad 1 mld, co stanowi ok. 30% całej populacji, a w 2025 r. w Europie ok. 25% populacji osiągnie 65 lat, przy czym średni wiek życia będzie wynosił ok. 80 lat. Podobne wskaźniki odnotowuje się w warunkach polskich – z Memoriału Komitetu Prognoz „Polska 2000 Plus" (Kleiber, 2008) wynika, że liczba osób w wieku emerytalnym wzrośnie z 5,9 mln w 2005 r. do 9,6 mln w 2030 r.

Zmiany w strukturze wieku ludności związane z wydłużaniem średniej długości życia niewątpliwie są efektem osiągnięć cywilizacyjnych: medycznych, technicznych, socjalno-bytowych czy edukacyjnych. Wiążą się one także z koniecznością opracowania polityki wobec osób starszych w wymiarze społecznym, medycznym, kulturowym czy ekonomicznym na poziomie poszczególnych państw i społeczności lokalnych.

Zainteresowanie problematyką osób starszych w wymiarze międzynarodowym datuje się od połowy XX w., a jego wyrazem są fora dyskusyjne i zgromadzenia dotyczące osób starszych (Argentyna 1948; Malta 1969; Wiedeń 1982; Madryt 2002) w znacznym stopniu

inicjowane i nadzorowane przez Organizację Narodów Zjednoczonych. Efektem zgromadzenia w Wiedniu było opracowanie Deklaracji Wiedeńskiej odnoszącej się do pięciu głównych obszarów funkcjonowania osób starszych: niezależności, uczestnictwa, opieki, samorealizacji i godności (Steuden i Marczuk, 2006; Steuden, 2011b).

Niezależność osoby starszej odnosi się do jej prawa do opieki zdrowotnej, korzystania z różnych programów edukacyjnych i szkoleniowych podnoszących jakość życia. **Zasada uczestnictwa** stanowi o podtrzymaniu bliskiej więzi ze społeczeństwem, aktywnym udziale w opracowaniu i realizacji programów mających wpływ na warunki bytowe osób starszych, dzieleniu się wiedzą i doświadczeniem z młodszym pokoleniem. **Zasada opieki** dotyczy zapewnienia dostępu do opieki medycznej, zapobiegania chorobom; możliwości współdecydowania osób starszych o sposobie jej sprawowania. **Zasada samorealizacji** stanowi o stwarzaniu osobom starszym możliwości dalszego rozwoju osobowego, duchowego i intelektualnego. **Zasada godności** wskazuje na prawo osób starszych do szacunku, sprawiedliwego traktowania oraz poszanowania ich wartości i godności niezależnie od stanu zdrowia czy zasobów materialnych (por. Marczuk, 2006; Mazurkiewicz, 1999; Steuden, 2011b).

Należy podkreślić, że Deklaracja Wiedeńska miała istotne znaczenie dla opracowania różnych form działania na rzecz osób starszych, przyczyniła się także do konstruowania programów edukacyjnych. Efektem zgromadzenia w Madrycie (2002 r.) było m.in. opracowanie II Międzynarodowego Planu Wsparcia Osób Starszych

i projektu badań nad starością w XXI w. Fernández-Ballesteros (2006, s. 13) omawia programy badawcze mające na celu podnoszenie jakości życia osób starszych i wskazuje na trzy priorytetowe kierunki działań dotyczące:

1) specyfiki starości – poznania i oceny zasobów osób starszych, w tym zdolności poznawczych i zdolności uczenia się oraz opracowania i promocji programów optymalnego starzenia się,
2) promocji zdrowia i dobrostanu osób starszych – znaczenia ustawicznego kształcenia dla stanu zdrowia i podtrzymania sprawności funkcji poznawczych oraz
3) kształtowania wspierającego, dostępnego i umacniającego środowiska, stanowiącego istotne wyzwanie dla współczesnej psychologii.

1. CHARAKTERYSTYKA OKRESU PÓŹNEJ DOROSŁOŚCI

W rozważaniach na temat starości warto odnieść się do dwóch określeń: **starości** oraz starzenia się. Pod pojęciem starości rozumie się okres rozwojowy w życiu człowieka, mający określoną charakterystykę, która uwzględnia wiek metrykalny, społeczny, biologiczny i psychologiczny. **Wiek metrykalny** odpowiada liczbie lat i jest on pomocny w ustalaniu nie tylko przedziałów wiekowych tego okresu życia, lecz także odpowiadających im norm rozwojowych. **Wiek społeczny** dotyczy oczekiwań społecznych i kulturowych co do sposobu zachowania się osób starszych, ich aktywności społecznej czy zawodowej. Jego

prawnym wymiarem jest m.in. uzyskanie przez osoby starsze prawa do świadczeń emerytalnych, uprawnień czy przywilejów socjalnych. **Wiek biologiczny** mierzy się sprawnością fizyczną organizmu oraz stopniem zaawansowania zmian w poszczególnych układach i narządach. **Wiek psychologiczny** wyraża się stopniem sprawności umysłowej, radzeniem sobie z codziennymi zadaniami i wydarzeniami (Steuden, 2011b; Stuart-Hamilton, 2012).

W literaturze psychologicznej nie ma jednolitego stanowiska w kwestii progu starości – w Polsce jej umowny początek jest utożsamiany z osiągnięciem wieku emerytalnego (60 lat dla kobiet i 65 dla mężczyzn), ale kryterium to jest nieprecyzyjne ze względu na różnice w progach świadczeń emerytalnych, jak również istniejące prawo wcześniejszego przechodzenia na emeryturę przez niektóre grupy zawodowe (np. służby mundurowe). Odmienności w stanowiskach różnych autorów na temat progu starości mogą obejmować wiele lat (por. Lazarus i Lazarus, 2006; Przetacznik-Gierowska, 1996; Steuden, 2011b).

Podobnie różne są kryteria periodyzacji starości, przy czym Światowa Organizacja Zdrowia wyodrębnia trzy okresy starości: **wczesna starość** (60–74 lata), **późna starość** (75–89 lat) oraz **długowieczność** (90 i więcej lat). Niekiedy przyjmuje się określenie **trzeci wiek** (60–90 lat) i **czwarty wiek** (90 i więcej lat) (por. Steuden, 2011b; Stuart-Hamilton, 2012; Washburn i Humboldt, 2013). U osób starszych mieszczących się w wyodrębnionych przedziałach wiekowych tempo dokonujących się zmian

może być różne, o ile jednak w pierwszym okresie starości (do ok. 70.–75. r.ż.) większość osób zachowuje sprawność fizyczną i psychiczną, o tyle w miarę upływu lat obserwuje się jej znaczne ograniczenie oraz wzrost potrzeby opieki i wsparcia społecznego.

Starzenie się jest długotrwałym, nieuniknionym i nieodwracalnym procesem fizjologicznym obejmującym liczne zmiany o charakterze inwolucyjnym (można je rozpatrywać na poziomie komórek, układów i narządów). Proces ten zachodzi w rozwoju każdego żywego organizmu – u człowieka rozpoczyna się w wieku średnim i nasila się wraz z upływem lat, a objawy starzenia stają się bardziej widoczne na przełomie piątej i szóstej dekady życia.

Zmiany biologiczne mają charakter wielokierunkowy i zróżnicowany (poszczególne systemy organizmu starzeją się nierównomiernie), występują także różnice międzyosobnicze. Osoby starsze różnią się między sobą pod względem tempa i obrazu starzenia się, co wynika z odmiennych zadatków genetycznych, innych doświadczeń życiowych i strategii adaptacyjnych (Bee, 2004). Starzenie się fizjologiczne umożliwia samodzielne radzenie sobie z problemami typowymi dla tego okresu życia, ale przyczynia się do zmniejszenia rezerwy funkcjonalnej organizmu, a także do zmian w zakresie funkcjonowania psychofizycznego (mniejsza odporność immunologiczna, mniejsza zdolność adaptacji do zmieniających się warunków otoczenia).

W wymiarze psychologicznym starzenie się fizjologiczne zasadniczo charakteryzuje się brakiem istotnych odchyleń od stanu prawidłowego w zakresie pamięci, rozległości wiedzy, osądu praktycznego,

umiejętności zmagania się z różnymi problemami. Osoby starsze są sprawne w wypełnianiu codziennych czynności – potrafią korzystać z różnych form zapisów, które ułatwiają zapamiętywanie i przypominanie ważnych treści, a także podejmować i realizować nowe zadania, po części związane z ich wiekiem. Można jednak obserwować obniżenie tempa wykonywania zadań, zdolności rozwiązywania problemów, koordynacji wzrokowo-ruchowej, tempa przetwarzania nowych informacji, zdolności koncentracji i podzielności uwagi oraz zapamiętywania i uczenia się nowych rzeczy (Baltes i Lindenberger, 1997; Baltes, Staudinger i Lindenberger, 1999; Stuart-Hamilton, 2006, 2012).

Mimo zmian dokonujących się w zakresie niektórych funkcji psychicznych sprawność intelektualna większości osób utrzymuje się na podobnym poziomie do ok. 60. r.ż., a w kolejnych okresach starości zależy od jej fazy i ogólnego stanu zdrowia (Birch i Malim, 1999). Skargi na zaburzenia pamięci, które pojawiają się w pierwszym okresie starości, zwykle dotyczą spraw codziennych (zapominanie nazwisk osób niedawno poznanych, gubienie i poszukiwanie różnych przedmiotów codziennego użytku, zapominanie numerów telefonów czy dłuższej listy spraw do załatwienia). U wielu osób zmiany w zakresie funkcji poznawczych stają się bardziej wyraźne po 75. r.ż. i wiążą się z obniżeniem tempa wykonywania zadań i zdolności zapamiętywania oraz nabywania nowych umiejętności (Bee, 2004; Marcinek, 2007).

Z doświadczeń klinicznych wynika, że obniżenie sprawności niektórych funkcji poznawczych, a zwłaszcza sprawności pamięci, u wielu osób starszych (także u ich

bliskich i opiekunów) może budzić zaniepokojenie, lęk, obawę przed otępieniem, zniedołężnieniem i utratą samodzielności. Z tego powodu osoby starsze (ich bliscy) poszukują konsultacji specjalistycznych, głównie internistycznych, a w mniejszym stopniu neurologicznych, geriatrycznych, psychiatrycznych czy psychologicznych, choć są one ważne dla prawidłowego zdiagnozowania stanu psychicznego. Konieczne staje się odróżnienie zmian fizjologicznych związanych ze starością od zmian, które są wyrazem rozmaitych zaburzeń ujawniających się w tym okresie życia (Steuden, 2011b).

Badania psychologiczne poświęcone osobowości osób starszych (w tym także długofalowe) nie dały jednoznacznych rezultatów w kwestii jej obrazu. Przyjmuje się, że jej podstawowa struktura wydaje się stała (McCrae i Costa, 2005), a zmienność dotyczy cech kształtowanych na kolejnych etapach życia, zróżnicowanych ze względu na doświadczenia życiowe, sposób ich interpretacji i wpływu na funkcjonowanie osoby (Erikson, 1997; Erikson, Erikson i Kivnick, 1986; Glicken, 2009; Straś-Romanowska, 2000, 2002; Tornstam, 1996, 1999a, 1999b, 2005).

Istotne znaczenie dla dalszego rozwoju osobowości osób starszych przypisuje się raczej trudnym doświadczeniom życiowym, z którymi zmagają się na kolejnych etapach życia, niż różnym sukcesom życiowym (Lazarus i Lazarus, 2006). U wielu osób starszych pozytywnym efektem zmagania się z sytuacjami trudnymi jest nabywanie życiowej mądrości, której cechami są m.in.: umiejętność równoważenia refleksji i działania, zdolność odróżniania sytuacji, w których wytrwałość jest wskazana,

od tych, w których konieczne jest wycofanie się, akceptacja życiowych paradoksów, otwarte i satysfakcjonujące odnoszenie się do fundamentalnych kwestii ludzkiej egzystencji (Baltes i in., 1995; por. także Steuden, 2011a, 2011b).

Według Eriksona (1997; Erikson, Erikson i Kivnick, 1986) ostatnie stadium rozwoju człowieka (integracja *vs.* rozpacz) nie stanowi prostej kontynuacji wcześniejszych zadań rozwojowych, ale jest nowym zadaniem życiowym, uwzględniającym wymagania starości. W tym stadium osoby starsze powinny posiąść zdolność uzasadnienia sensu własnego życia i dokonywanych wyborów, przy jednoczesnej akceptacji innych, niewykorzystanych możliwości, powinny także pogodzić się z nieuchronnością kresu własnego życia. Jung (1993) uważa, że rozwój i dojrzewanie osobowości to długotrwały proces wewnętrznej przemiany (indywiduacji). Istotne w tym procesie jest przejście od życiowej ekspansji, umacniania ego, poszukiwania stabilizacji rodzinnej i zawodowej w pierwszej połowie życia do integracji własnego życia, uświadomienia sobie jego sensu oraz akceptacji jego końca w drugiej połowie życia.

W charakterystyce osobowości osób starszych często wymienia się takie cechy, jak:

- łagodność,
- cierpliwość,
- mądrość,
- wyrozumiałość,
- upór,

- skłonność do unikania ryzyka,
- niechęć do zmian.

Jednocześnie można zauważyć nasilenie potrzeb przynależności, poczucia bezpieczeństwa, wyciszenia, samodzielności, bycia użytecznym.

Na podstawie układu trzech wymiarów: cech osobowości, aktywności społecznej oraz poczucia satysfakcji życiowej Neugarten, Havighurst i Tobin (1968) wyodrębnili cztery podstawowe typy osobowości osób starszych: zintegrowana, obronna, pasywno-zależna i niezintegrowana, i przedstawili odpowiadające im profile funkcjonowania psychospołecznego.

Zaprezentowane profile wykazały istotne zróżnicowanie osób starszych w zakresie: aktywności społecznej i czerpania z niej satysfakcji życiowej; mechanizmów adaptacyjnych; jakości więzi z innymi ludźmi; postawy wobec własnej starości; zadowolenia z życia i poczucia jego sensu, sposobu zmagania się z problemami życia codziennego i związanymi z tym okresem życia (por. Steuden, 2011a).

Interesującą propozycję charakterystyki osobowości osób starszych wysuwa Braun-Gałkowska (2011). Za istotne w proponowanym modelu uznała dwie podstawowe cechy: stopień aktywności (na osi aktywność – wycofanie) oraz stopień życzliwości dla innych (na osi życzliwość – egoizm) i na tej podstawie wyodrębniła cztery główne grupy osób starszych: życzliwych, łagodnych, samolubnych i gderliwych, posiadające odmienną charakterystykę osobowościową w zależności od stopnia nasilenia cech podstawowych. W jej opinii zmiany konieczne dokonują się

na osi aktywność – wycofanie, dotyczą one sił fizycznych i psychicznych i są w znacznej mierze nieuchronne. „Nawet ludzie bardzo aktywni, witalni i silni, stają się z czasem coraz słabsi i bardziej niedołężni. Można przez własny wysiłek odsuwać ten moment, ale on zawsze, wcześniej czy później, przychodzi” (Braun-Gałkowska, 2011, s. 89). Zmiany na osi egoizm – życzliwość zależą od samego człowieka: „Życzliwości trzeba uczyć się wcześniej, najlepiej od dzieciństwa, można jednak starać się o nią i w wieku podeszłym” (Braun-Gałkowska, 2011, s. 90). Specyfika funkcjonowania osób starszych w zależności od kształtu ich osobowości stanowi podstawę do opracowania odpowiedniego wsparcia psychologicznego, umożliwiającego optymalne funkcjonowanie i podtrzymanie jakości ich życia.

Odnosząc się do wspomnianych typów osobowości według Neugarten, Havighursta i Tobina (1968) czy też według Braun-Gałkowskiej (2011), można wskazać czynniki, które są szczególnie ważne w poradnictwie psychologicznym dla osób starszych.

Dla osób doświadczających poczucia osamotnienia, izolacji, zagrożenia istotne są próby ukazania znaczenia: relacji społecznych, wzajemnego wsparcia bez poczucia utraty autonomii. Dla osób, u których dominuje lęk przed starością, utratą fizycznej atrakcyjności, niepełnosprawnością i zniedołężnieniem, ważne jest ukazywanie prawdziwego obrazu starości i społecznego znaczenia osób starszych.

Duże znaczenie ma także ukazanie różnych form ich wspierania oraz możliwości kompensacji zaburzeń

wynikających z dysfunkcji różnych układów czy narządów (obniżenie sprawności wzroku, słuchu, lokomocji itd.).

Specyficzną grupą wsparcia są osoby starsze o negatywnym bilansie życiowym. Kwestią podstawową w poradnictwie psychologicznym oferowanym tym osobom powinno być ukazywanie możliwości reinterpretacji własnego życia, nadawania pozytywnego znaczenia doświadczeniom trudnym. W odniesieniu do tej grupy istotne jest ukazywanie możliwości kompensacji doświadczanych niepowodzeń, a także umacnianie poczucia ich godności. Należy także wskazać na tę grupę osób starszych, które określane są jako życzliwe, łagodne, które w sposób pogodny znoszą swoją starość, nie zadręczają innych swoimi dolegliwościami ani też nie koncentrują uwagi na sobie.

Z codziennych obserwacji wynika, że z im większym dystansem, cierpliwością i zrozumieniem osoba starsza podchodzi do dolegliwości związanych z wiekiem, im bardziej jest pogodna, życzliwa dla innych, wdzięczna i pomocna, tym większą wzbudza sympatię, a także daje pozytywny obraz starości i przykład radzenia sobie z trudnościami w każdym wieku.

Z wielu badań prowadzonych nad rozwojem człowieka w okresie całego życia (*life-span developmental psychology*) wynika, że faktyczny obraz osób starszych nie odpowiada funkcjonującym na ich temat stereotypom społecznym (Baltes i Baltes, 1990; Glicken, 2009; Stuart-Hamilton, 2012; Tornstam, 1999b). Lazarus i Lazarus (2006) ukazują zarówno pozytywne, jak i negatywne wymiary starości. Do pierwszych zaliczają m.in.:

satysfakcję z przejścia na emeryturę, dyspozycyjność, a także możliwość wspierania swoich najbliższych (dzieci i wnuków), pogłębienia więzi z innymi ludźmi, jak też dokonywania przeglądu i bilansu własnego życia. Wśród negatywnych cech starości wymieniają konieczność poradzenia sobie z świadomością zbliżającego się kresu życia, potrzebę dostosowania się do przemian cywilizacyjnych, społecznych i kulturowych, trudność w podtrzymaniu dialogu międzypokoleniowego, liczne utraty (śmierć osób bliskich, obniżanie się sprawności i atrakcyjności fizycznej, narastające dolegliwości chorobowe, odejście z aktywnego życia zawodowego).

Mimo że doświadczenia te są wspólne dla większości osób starszych, ich zakres, sposób przeżywania i wartościowania mają charakter indywidualny, zależny od stanu zdrowia, doświadczeń życiowych, osobowości, systemu wsparcia, kontekstu rodzinnego i społecznego. Duże znaczenie w tym względzie mają obecne we współczesnej kulturze przekazy łączące się z nierealistycznym ideałem młodości (sprawność i atrakcyjność fizyczna, powodzenie życiowe, szerokie możliwości działania) i równie nierealistyczną, ale negatywną oceną starości (utrata atrakcyjności fizycznej, zły stan zdrowia, niepełnosprawność psychiczna).

Przystosowanie do starości nie dokonuje się z dnia na dzień, ale jest procesem długotrwałym, w którym istotne znaczenie mają m.in. mechanizmy adaptacyjne selekcji, optymalizacji i kompensacji (Baltes i Baltes, 1990). W teorii selektywnej optymalizacji z kompensacją wskazuje się na dużą plastyczność osoby starszej w przystosowaniu się do

starości (Freund i Baltes, 1998; Lang i Carstensen, 1994). Selektywna optymalizacja i kompensacja pozwalają osobom starszym na podejmowanie nowych zadań oraz zastępowanie dotychczasowych form aktywności (np. zawodowej) innymi, uznanymi za wartościowe. Mechanizm selekcji umożliwia dokonywanie wyboru ważnych rzeczy, formułowanie nowych celów i sposobu ich realizacji.

Mechanizm ten uwzględnia związane z wiekiem zmiany i ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, a jednocześnie pozwala na wykorzystanie posiadanych zasobów w realizacji tego, co sprzyja zadowoleniu i satysfakcji życiowej (Baltes i Baltes, 1990; Baltes i Carstensen, 1996; Freund i Baltes, 1998; por. też Steuden, 2011b). Optymalizacja wiąże się z plastycznością i zdolnością osoby starszej do modyfikacji i zmian środowiska w celu uzyskania bardziej korzystnych i pożądanych dla niej warunków oraz podejmowania nowych zadań. Istniejące w jej obrębie strategie mogą odnosić się do różnych obszarów: psychologicznego, społecznego i fizycznego. Pierwszy z nich dotyczy zabezpieczania się osoby starszej przed narastaniem niezadowolenia, stresu, napięcia w sytuacji, gdy stawiane wymagania (nowe środowisko, wielość zadań do wykonania, nadmiar informacji) przekraczają jej aktualne możliwości fizyczne i psychiczne (ze względu na obniżenie sprawności pamięci, tempa wykonywania zadań).

Optymalizacja w obszarze społecznym polega na poszukiwaniu przez osoby starsze takich form aktywności, które podtrzymują ich niezależność i autonomię w codziennym funkcjonowaniu, a na poziomie fizycznym

dotyczy unikania nadmiernego wysiłku fizycznego oraz przystosowania środowiska do potrzeb osoby starszej (Baltes i Carstensen, 1996).

Mechanizm kompensacji pomaga osobom starszym w adaptacji do istniejących możliwości osobistych i warunków środowiskowych. Strategie kompensacji uwzględniają bowiem istniejące ograniczenia i wyzwania środowiska, zmniejszają wpływ doświadczanych strat na funkcjonowanie osób starszych przez wykorzystywanie dostępnych zasobów (Freund i Baltes, 1998). Przykładem strategii kompensacyjnych jest wykorzystanie przez osoby starsze różnego typu protez, endoprotez i aparatów korekcyjnych (przy zaburzeniach widzenia, słuchu) lub przyrządów ortopedycznych w sytuacji ograniczeń lokomocyjnych.

O efektywności adaptacyjnej wymienionych mechanizmów decyduje posiadanie wiedzy o zmianach dokonujących się wraz z wiekiem, wiedzy o możliwości leczenia i rehabilitacji zaburzeń w zakresie różnych układów narządów, wiedzy o formach wsparcia (poradnictwo psychologiczne) osób starszych, a przede wszystkim świadomość osób starszych dotycząca możliwości ich dalszego rozwoju, wykorzystywania swoich potencjalności i nabywania nowych umiejętności niezależnie od wieku i istniejących ograniczeń. Zdolność osób starszych do poszukiwania sensu w doświadczeniach negatywnych oraz akceptacji przeciwności losu i nadawania im pozytywnego znaczenia jest odzwierciedleniem skutecznego radzenia sobie z problemami starości i wyrazem życiowej mądrości.

W opinii wielu osób starszych świadomość możliwych zmian związanych z tym okresem życia pozwala na ich interpretację w kategoriach specyficznego wyzwania i przygotowanie do radzenia sobie z uciążliwościami tego okresu życia (Baltes i Baltes, 1990; Pietrasiński, 1990). Można powiedzieć, że osoba w podeszłym wieku jest nastawiona na przekraczanie swojego aktualnego stanu, które dokonuje się na kilku płaszczyznach: w stosunku do świata, do drugiego człowieka, do siebie samego i do Boga. Dyczewski (1986, s. 76) tak o tym pisze: „Starość, która przekracza swe aktualne stany, jest jednym z etapów w osiąganiu pełnego człowieczeństwa i to o tyle ważnego, że w nim dokonuje człowiek podsumowania i oceny wszystkiego, co przeżył, przemyślał i zdziałał”. W nurt rozważań na temat starości wpisuje się koncepcja gerotranscendencji, zgodnie z którą osoby starsze są zdolne do przekraczania związanych z wiekiem ograniczeń i nakierowania na dalszy rozwój (Tornstam, 1989; Coleman i O’Hanlon, 2004; Steuden, 2011b).

Gerotranscendencja jest naturalnym procesem rozwojowym, dotyczy zmian w świadomości osoby odnoszących się do różnych obszarów jej funkcjonowania. Jest rozumiana bardziej w kategoriach procesu przemian niż efektu zmagania się z poważnymi życiowymi problemami (Tornstam, 1989). Proces ten może być jednak zahamowany w sytuacji nadmiernej koncentracji osób starszych (lub ich opiekunów) na aktywności, na ograniczaniu potrzeby dokonywania refleksji nad własnym życiem i integracją osobowości (Tornstam, 1999a). Ważnym zadaniem człowieka w okresie późnej dorosłości jest

bowiem reorganizacja dotychczasowych priorytetów – wiele z nich traci swoje dotychczasowe znaczenie i jest zastępowanych przez nowe.

Frankl (1978) wyraża pogląd, że życie ludzkie nie jest pustą i bezsensowną egzystencją, ale o jego kształcie decyduje sam człowiek, mając możliwość wznoszenia się ponad własne ograniczenia. To przekraczanie własnych ograniczeń wymaga odpowiedzialności za życie, a tym samym odpowiedzialności za postawy, jakie człowiek przyjmuje wobec zadań osobistych. Ludzie mogą nadawać swojemu życiu znaczenie przez spełnianie specyficznych dla nich zadań, realizację ważnych w ich życiu wartości, przeżywanie choroby, cierpienia czy własnej niepełnosprawności.

Wpisany w rozwój człowieka proces przemian dokonujący się w okresie późnej dorosłości ułatwia integrację osobowości i wyłanianie się życiowej mądrości, która znajduje odzwierciedlenie w cechach, określanych także mianem cnót, takich jak:

- usłużność,
- delikatność,
- wyrozumiałość,
- łagodność,
- wdzięczność,
- cierpliwość,
- wierność,
- współczucie.

Cechy te można uznać za bardzo ważne w obrazie osobowości osób starszych, ponieważ stanowią o sile integracji wewnętrznej, odzwierciedlają ich dojrzałość oraz przełamują negatywny stereotyp społeczny starości.

Dążenie do ich kształtowania na przestrzeni całego życia i umacniania w okresie późnej dorosłości powinno być priorytetowym zadaniem w poradnictwie psychologicznym, gdyż sprzyja dobremu starzeniu się. Delikatność i wyrozumiałość osób starszych wiąże się ze zdolnością do przekraczania ograniczeń związanych z wiekiem, zainteresowania się problemami innych ludzi, wczuwania w ich doświadczenia i rozumienia sytuacji z ich perspektywy, a także ze zdolnością do przebaczania sobie i innym.

Łagodność jest przejawem wewnętrznego spokoju, uporządkowania, cierpliwości. Jak pisze Braun-Gałkowska (1995, s. 11–12): „Często ludzie starzy są łagodni. Spowolnienie reakcji i ruchów przychodzące z wiekiem, choć początkowo przykre, z czasem staje się sprzymierzeńcem, […] ludzie starzy z pewnym dystansem patrzą na drobne uciążliwości, nie oburzają się tak łatwo, nie czują potrzeby wypowiadania się na każdy temat, krytykowania wszystkich błędów. Cisi i spokojniejsi stają się ostoją dla wnuków, dla których nie mają czasu zabiegani rodzice i nauczyciele, dla dzieci, które choć same są hałaśliwe, ale też bardzo zmęczone szkolnym hałasem”. Jedną z najważniejszych cech życiowej mądrości osób starszych jest zdolność wyrażania wdzięczności, gdyż odzwierciedla ona świadomość udziału i znaczenia innych ludzi w ich życiu.

W ostatnich latach zasadnicze pozytywne znaczenie w radzeniu sobie z problemami starości przypisuje się **strategiom proaktywnym**, których istotą jest zapobieganie potencjalnym zagrożeniom przez

angażowanie się w cele wartościowe i ważne dla osoby starszej (Greenglass, 2002; Ouwehand, de Ridder i Bensing, 2007). Z badań przywoływanych w literaturze przedmiotu wynika, że osoby o dużym nasileniu zachowań proaktywnych w porównaniu z osobami o małym nasileniu zachowań proaktywnych w większym stopniu dążą do poprawy swojego życia, mniej zaś koncentrują się na reakcjach na przeszłe lub przewidywane niepowodzenia. Osoby stosujące strategie proaktywne wyrażają przekonanie, że rzeczy udają się nie z powodu szczęścia, ale ze względu na branie przez nie odpowiedzialności za efekty działania. Zachowania proaktywne osób starszych łączą się nie tylko ze świadomością wystąpienia w ich przyszłym życiu sytuacji trudnych, lecz także ze zdolnością ich spostrzegania w kategorii wyzwań i opracowywania takich sposobów działania, jakie dają możliwości osobistego rozwoju. Określają je takie cechy, jak:

- intencjonalność,
- nastawienie przyszłościowe,
- ukierunkowanie na rozwój zasobów,
- tendencje do poprawy jakości życia (Heszen i Sęk, 2007).

Mają one pozytywne znaczenie w okresie późnej dorosłości, ponieważ przygotowują osobę do pomyślnego radzenia sobie z problemami tego okresu życia. W ocenie badaczy ważne znaczenie mają tutaj zasoby własne i oferowane przez innych ludzi (Greenglass i in., 1999). Jednym z ważnych zasobów osobowych, pozwalających na przystosowanie do zmian dokonujących się wraz z wiekiem, jest **poczucie humoru**. Jest ono zasobem o charakterze

emocjonalnym i poznawczym, umożliwiającym utrzymanie dystansu do siebie i do sytuacji, a przez to pomocnym w radzeniu sobie ze stresem (Frewen i in., 2008; Martin, 2002; Svebak, Martin i Holmen, 2004).

W literaturze przedmiotu humor jest rozumiany jako złożony fenomen obejmujący aspekty poznawcze, emocjonalne, behawioralne, fizjologiczne i społeczne. Wskazuje się także na jego pozytywne powiązania ze stanem zdrowia, samopoczuciem, relacjami interpersonalnymi, odpornością psychiczną. Właściwości poczucia humoru mogą sprzyjać adaptacji do warunków i wymagań środowiska (Martin i in., 2003). W sposób szczególny daje się zauważyć to u osób, które dystansują się od różnych sytuacji życiowych w efekcie bogatych doświadczeń. Niewątpliwie ta właściwość dotyczy osób w okresie późnej dorosłości i jest związana z nabywaniem mądrości życiowej.

W poradnictwie psychologicznym należy uwzględnić to, iż w przypadku osób starszych szczególną pozycję ma **religijne radzenie sobie** (Harrison i in., 2001), które może być pozytywne lub negatywne. W pozytywnych strategiach religijnych dominuje wiara w sprawiedliwość oraz miłość Boga i w mniejszym stopniu niż w strategiach negatywnych zaznacza się potrzeba wsparcia jedynie w bieżących problemach (Harrison i in., 2001; Pargament, 1997). Religia, która jest wielowymiarowym fenomenem (zawiera m.in. system przekonań, wiarę, relacje z Bogiem, praktyki religijne), staje się częścią procesu rozumienia, wartościowania i reinterpretacji różnych sytuacji trudnych nie tylko przez osoby starsze (Pargament i in., 1998).

Osoby starsze – w porównaniu z młodszymi – częściej zwracają się do Boga o wsparcie i siłę w poradzeniu sobie z sytuacją trudną aniżeli jej odwrócenie, ponieważ w ich ocenie przynależy ona egzystencji człowieka (Pargament i Brandt, 1998).

Zaangażowanie religijne osób starszych łączy się z pomyślnym starzeniem się, poczuciem bliskości z innymi ludźmi. Duchowy wymiar ich życia pozwala kompensować braki w sferze zdrowia fizycznego i podtrzymywać poczucie jakości życia (Koenig, 1994, 2000). Co więcej, pozwala nie tylko dostrzegać wartość życia w jego przemijaniu, lecz także akceptować to, że śmierć jest częścią ludzkiego losu, a życie jako takie jest przemijaniem. Pargament i Brandt (1998) twierdzą, że religijne zmaganie się jest efektywne, ponieważ odpowiada na problemy, wobec których człowiek starszy staje się bezradny, umożliwia zrozumienie złożonych i trudnych sytuacji życiowych i daje wsparcie duchowe. Wpływa także na umacnianie integracji własnego Ja, przezwyciężanie lęku przed śmiercią, poczucie większej bliskości z Bogiem. Znaczenie religijnego zaangażowania osób starszych w zmaganiu się z trudnościami Koenig (1994, s. 134) wyjaśnia w następujący sposób: „dojrzała wiara, religijność działa jako źródło siły, uspokojenia i nadziei. Dla osób starszych w zetknięciu z kolejami życia zdolność do uczestniczenia w relacji z Bogiem jest jedną z najważniejszych ludzkich możliwości w tym okresie życia”.

2. TRUDNOŚCI POJAWIAJĄCE SIĘ W REALIZOWANIU ZADAŃ ROZWOJOWYCH W OKRESIE PÓŹNEJ DOROSŁOŚCI

Nie sposób wymienić wszystkich rodzajów trudnych sytuacji doświadczanych przez osoby starsze, ponieważ ich zakres, sposób oceny i interpretacji jest zróżnicowany – zależny od wielu czynników osobowościowych, sytuacyjnych, stanu zdrowia, wsparcia, warunków socjalno-bytowych. Sami seniorzy wskazują na starość jako okres wielu strat (Lawrence i Schiler Schigelone, 2002), które mogą odnosić się do spraw osobistych (śmierć osób bliskich, utrata zdrowia, utrata więzi z innymi ludźmi, niepełnosprawność), egzystencjalnych (poczucie braku sensu życia, poczucie beznadziejności, negatywny bilans życiowy, poczucie izolacji i osamotnienia), materialnych (utrata domu, mieszkania, środków do życia) i społecznych (brak wsparcia społecznego, złe warunki socjalno-bytowe). Ze względu na perspektywę temporalną straty mogą odnosić się do przeszłości, teraźniejszości lub przyszłości, mają charakter powszechny, ale ich interpretacja może być różna.

Jedną z najtrudniejszych i najbardziej bolesnych doświadczeń osoby starszej jest **śmierć osoby bliskiej**, a zwłaszcza współmałżonka, ponieważ w istocie jest ona utratą przywiązania, burzy dotychczasowy układ, wpływa na dalszy bieg i całokształt życia, pociąga za sobą wiele kolejnych strat o charakterze osobistym, społecznym, ekonomicznym i niejednokrotnie łączy się z zagubieniem

drogi życiowej (Caserta i Lund, 2007; Holtslander, 2008; Steuden, 2009, 2011b; Steuden i Kurtyka-Chałas, 2009; Ward, Mathias i Hitchings, 2007).

Z psychologicznego punktu widzenia istotne znaczenie ma reakcja na utratę osoby, określana mianem żałoby, która może oznaczać zarówno stan psychiczny, jak i usankcjonowany kulturowo i społecznie wzór zachowań (Cook i Oltjenbruns, 1989; Torges, Stewart i Nolen-Hoeksema, 2008). W aspekcie psychologicznym **żałoba** jest ujmowana jako proces o złożonej strukturze i swoistej dynamice, a jej podstawowymi objawami są m.in.: poczucie osamotnienia, przygnębienie, smutek, żal, poszukiwanie sensu życia, lęk, poczucie winy, gniew. Typowy proces żałoby zawiera się w trzech fazach: początkowej (szok i niedowierzanie), pośredniej (dezorganizacja – naprzemienne występowanie mobilizacji i demobilizacji) oraz końcowej (reorganizacja i pogodzenie się z utratą, przystosowanie się osoby osieroconej do nowej sytuacji, nowe formy zaangażowania) i jest podobny u wszystkich osób przeżywających żałobę (Caserta i Lund, 2007; Stroebe i Schut, 1999; Stroebe, Schut i Finkenauer, 2001; Stroebe i in., 2000; Torges, Stewart i Nolen-Hoeksema, 2008).

Wyrazem efektywnego radzenia sobie ze stratą jest obniżanie się w miarę upływu czasu poziomu emocji negatywnych i wzrost pozytywnych przemian we własnym życiu. U wielu osób starszych śmierć osoby bliskiej (współmałżonka) łączy się z mniejszą zdolnością ponownego ułożenia sobie życia i czynnikami ryzyka wystąpienia żałoby powikłanej, której istotą jest zahamowanie ekspresji uczuć lub intensyfikacja

i przedłużanie się czasu trwania objawów żałoby (Burton, Haley i Small, 2006; Holtslander, 2008; Stroebe i in., 2000; Ward, Mathias i Hitchings, 2007).

Do czynników, które wzmagają ryzyko wystąpienia żałoby powikłanej u osób starszych, można zaliczyć: nieadekwatne bądź niedostępne wsparcie społeczne, brak oparcia w rodzinie, samotność, nadmierną zależność od osoby zmarłej, stan zdrowia, nakładanie się różnych strat.

U osób starszych, pozostających w bliskich relacjach z osobą odchodzącą, można rozważyć trzy fazy żałoby: antycypowaną, występującą bezpośrednio po śmierci osoby bliskiej oraz w dalszym okresie po jej odejściu. W każdej z tych faz istotne znaczenie ma wsparcie rodziny, osób najbliższych, a także profesjonalistów (psychologa, lekarza, księdza czy pracownika socjalnego).

Faza żałoby antycypowanej jest rodzajem psychologicznego „przymierzania się” do śmierci kochanej osoby. W tej fazie człowiek przepracowuje znaczną część stresu związanego ze stratą i prawdopodobnie lepiej potrafi sobie z nią poradzić, gdy ona nastąpi. Wsparcie psychologiczne może być pomocne w dokonaniu przez osobę odchodzącą przeglądu własnego życia, uporządkowaniu ważnych zdarzeń, a także zamknięciu spraw dla niej ważnych. Podstawowe, a zarazem konieczne elementy wsparcia osób starszych w sytuacji doświadczania stresu choroby i antycypacji odejścia osoby bliskiej obejmują pomoc w akceptacji rzeczywistości związanej z chorobą, cierpieniem i nieuchronnością śmierci, pomoc w odreagowaniu emocji, w unikaniu zaprzeczania sytuacji, w słuchaniu i empatycznym

towarzyszeniu osobie chorej w jej cierpieniu (Casarett, Kutner i Abraham, 2001; Steuden, 2011b).

W okresie bezpośrednio po śmierci osoby bliskiej najważniejsze staje się towarzyszenie osobie osieroconej. Ze względu na poczucie bezradności, przygnębienia, bólu psychicznego, a także stan zdrowia wiele osób starszych wymaga pomocy w załatwianiu różnych spraw związanych z pochówkiem. Trudności mogą dotyczyć także ich codziennego funkcjonowania. Niemal od początku doświadczania żałoby w przypadku wielu osób istotne znaczenie w pomocy profesjonalnej ma różnicowanie objawów żałoby normalnej i powikłanej. Jest ono jednak trudne, ponieważ takie objawy, jak: poczucie zmęczenia, obniżony nastrój, wyłączenie z kontaktów społecznych, utrata zainteresowań, mogą być objawami zarówno żałoby normalnej, jak i powikłanej (Harless i Zisook, 2003).

W dalszym okresie trwania żałoby (po upływie miesiąca od śmierci osoby bliskiej) ważna staje się ocena sposobu funkcjonowania osoby starszej. U osób owdowiałych śmierć współmałżonka jest znaczącym czynnikiem ryzyka ich własnej śmierci – jest ono szczególnie wysokie w pierwszym roku żałoby (Harless i Zisook, 2003).

Wsparcie psychologiczne osób starszych pogrążonych w żałobie zależy od sposobu jej doświadczania, potrzeb ujawnianych przez osoby starsze, a także ich funkcjonowania w codziennym życiu i dotyczy pomocy w:

- akceptacji przez osobę starszą utraty i związanego z nią cierpienia,
- odreagowaniu emocjonalnym, uwolnieniu się osoby starszej od emocji negatywnych (żalu, poczucia winy,

poczucia bezradności, rozpaczy) i nadania doświadczanej utracie nowego znaczenia,

- otwarciu się osoby starszej na nowe doświadczenia oraz zdolności do konstruowania planów dotyczących przyszłości,
- przystosowaniu się osoby starszej do życia bez osoby, która odeszła, i kompensowania straty przez nauczenie się nowych umiejętności, podejmowanie nowych zadań i ról społecznych, nawiązanie nowych kontaktów,
- regeneracji sił, zainwestowaniu ich w nowe zadania życiowe, nowe sytuacje,
- pozostawieniu osobie, która odeszła, właściwego miejsca w życiu osoby osieroconej oraz otwarciu się na innych bez poczucia winy z powodu sprzeniewierzania się pamięci osoby zmarłej (por. Okła, 2009; Steuden, 2009).

W odniesieniu do osób starszych, u których proces przystosowania do straty i przeżywania żałoby wydaje się prawidłowy, zwykle pojedyncze porady i wsparcie społeczne (rodzinne, sąsiedzkie, osób bliskich) okazują się wystarczające. Rezultaty badań wielu osób starszych, które utraciły swoich bliskich, wskazują na wzrost otwartości i poszukiwanie wsparcia społecznego, zwłaszcza przez kobiety (Carstensen, Gottman i Levenson, 1995). Obserwacje te potwierdzają zasadność tworzenia grup wsparcia dla osób starszych, które to grupy umożliwiają dzielenie się doświadczeniami (zwłaszcza w pierwszym okresie żałoby), a także dają szansę kompensowania straty osoby bliskiej i podejmowania nowych zadań oraz angażują

w różne formy aktywności społecznej. Ze względu na istotne znaczenie religii w życiu większości osób starszych uzasadnione wydaje się organizowanie grup wsparcia, które oprócz integracji społecznej, poczucia bliskości i więzi z innymi ludźmi zapewniałyby aktywny udział w różnorodnych formach praktyk religijnych.

Częstym doświadczeniem osób starszych, występującym we wszystkich obszarach kulturowych, jest **samotność i poczucie osamotnienia.** Doświadczenia te mogą być niezależne lub wzajemnie się wzmacniać. Samotność utożsamiana jest ze stanem obiektywnym, związanym z brakiem kontaktów międzyludzkich, izolacją czy odosobnieniem, a także utratą osoby bliskiej (de Jong-Gierveld, 1987). Osamotnienie zaś łączy się z doświadczaniem przez osobę starszą braku bliskich więzi z innymi ludźmi, cierpieniem i bólem psychicznym (de Jong-Gierveld, 1998; Rokach, 1988). Zarówno samotność, jak i poczucie osamotnienia mogą występować w poszczególnych okresach życia, ale ich nasilenie obserwuje się u wielu osób starszych powyżej 70. r.ż. (Nolen-Hoeksema i Arens, 2002). Jest wiele przyczyn doświadczania osamotnienia, m.in.:

- negatywne stereotypy osób starszych i starości, które sprawiają, że wiele osób starszych wyłącza się z relacji z innymi ludźmi,
- dystans międzypokoleniowy,
- ubóstwo,
- zła sytuacja materialna,
- brak bliskich relacji z rodziną,

- wdowieństwo,
- separacja,
- rozwód,
- zły stan zdrowia psychicznego i choroby somatyczne,
- brak sieci wsparcia,
- negatywny bilans życiowy.

Bardziej osamotnione czują się osoby starsze, schorowane, niepełnosprawne, w tym z zaburzeniem funkcji wzrokowych i słuchowych (Oleś, Steuden i Toczołowski, red., 2002; Steuden, 2002).

Uciążliwością dla wielu osób starszych jest ich własna **skłonność do martwienia się**. Według Daveya (1994, za: Janowski, 2012, s. 231) martwienie się jest „zjawiskiem psychicznym, którego przejawem są obawy o przyszłe zdarzenia, współwystępujące z uczuciem niepokoju. Składa się ono najczęściej z negatywnych, intruzyjnych i zakłócających myśli, obciążających emocjonalnie". Martwienie się jest procesem poznawczym, towarzyszącym każdemu człowiekowi, może jednak stać się problemem i utrudniać codzienne funkcjonowanie, ponieważ w małym stopniu podlega kontroli.

Jeśli martwienie się osób starszych jest nadmierne, nieproporcjonalne do aktualnego problemu, koncentruje się ich uwagę na kilku tematach (dotyczących codziennego życia czy też spraw drugorzędnych), trudne do opanowania, zakłóca ich funkcjonowanie i powoduje cierpienie, to ma ono charakter patologiczny (Starcevic i in., 2007).

Istnieje wiele przyczyn martwienia się osób starszych, ale w znacznym stopniu są one związane ze specyfiką przemian następujących w średniej i późnej dorosłości,

a można do nich zaliczyć: odejście dzieci z domu i powstanie tzw. pustego gniazda, pogarszający się stan zdrowia, obniżenie sprawności psychicznej i fizycznej, lęk i narastające obawy przed utratą samodzielności i niezależności, niedostatek materialny i inne.

Wsparcie psychologiczne oferowane osobom starszym ze skłonnością do martwienia się powinno zmierzać w kierunku:

1) umożliwiania im wyrażenia emocji negatywnych (napięcia, smutku, złości, niepokoju) i empatycznego rozumienia ich doświadczeń,
2) łagodnej i systematycznej zmiany ich sposobu myślenia, bez zaprzeczania lub unikania głównego tematu zmartwień,
3) wspierania ich w poznawczym podejściu do tematów zmartwień i wskazywaniu, że koncentracja emocjonalna na zdarzeniach trudnych nie jest strategią efektywną i nie przekłada się na jej rozwiązanie.

Paradoksem jest to, że zamartwianie się różnymi sprawami może niekiedy być interpretowane jako wyraz zatroskania i poczucia odpowiedzialności za ich przebieg.

3. DOLEGLIWOŚCI NASILAJĄCE SIĘ Z WIEKIEM

Z obserwacji klinicznych wynika, że przyczyną pogarszania się sprawności psychofizycznej osób starszych częściej są choroby i ich następstwa niż charakterystyczne dla starości

zmiany o charakterze inwolucyjnym (Derejczyk, 2002). Jeśli u osób młodych dominują choroby o przebiegu ostrym, to u osób starszych częściej mają one charakter przewlekły i nierzadko stają się przyczyną zaburzeń w codziennym funkcjonowaniu i lęku przed utratą samodzielności. Ze względu na związek z wiekiem można wskazać na:

- choroby występujące w każdym wieku, np. zapalenie płuc, grypa, ale ich przebieg i powikłania są na ogół cięższe u osób starszych,
- choroby częściej pojawiające się w starszym wieku – zaliczyć tu można choroby nowotworowe, choroby układu krążenia, choroby stawów,
- choroby czy dolegliwości najczęściej związane z wiekiem starszym, a dotyczące narządu zmysłów (zaburzenia widzenia, zaburzenia słuchu); narządu ruchu (zwyrodnienie stawów, osteoporoza, łamliwość kości), układu sercowo-naczyniowego (zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie serca, zawały), układu moczowego (nietrzymanie moczu), ośrodkowego układu nerwowego (choroba Alzheimera, udary mózgu) (por. Steuden, 2011b; Stuart-Hamilton, 2012).

Zasadniczo można wskazać na dwie podstawowe grupy potrzeb i problemów osób starszych – zarówno zdrowych, jak i chorych – oraz ich rodzin. Pierwsze odnoszą się do zapewnienia dobrej opieki medycznej, możliwości diagnozy zaburzeń stanu zdrowia, dostępu do specyficznego leczenia, a także kontroli doznań bólowych. Drugie zaś są związane z obawą przed skutkami choroby: utratą samodzielnego funkcjonowania, niezdolnością do wykonywania codziennych czynności, obciążeniem rodziny,

brakiem zabezpieczenia finansowego, utratą znaczenia, zmianą w relacjach rodzinnych i społecznych. W wypadku choroby przewlekłej sytuacjami trudnymi dla chorego i osoby wspierającej są więc przewidywane straty, ale mogą one się opierać na rzeczywistych przesłankach (cierpienie związane z chorobą, utrata sił, przybliżanie się kresu życia) lub antycypowanych (lęk przed zniedołężnieniem, brakiem wsparcia, osamotnieniem, bezradnością).

3.1. ZABURZENIA WIDZENIA

Do chorób, które w sposób znaczący obniżają jakość życia i zdolność codziennego funkcjonowania, należy zaliczyć **choroby związane z narządem wzroku**, słuchu, a także choroby układu nerwowego. Jeśli chodzi o narząd wzroku, to u większości osób po 60. r.ż. obserwuje się upośledzenie ostrości widzenia, wyrażające się trudnością w wyraźnym spostrzeganiu przedmiotów przy słabym oświetleniu oraz znajdujących się w oddali. Staje się ono najbardziej uciążliwe w sytuacji słabego oświetlenia, o zmierzchu, w czasie mgły, a także zachmurzenia. Osoby starsze potrzebują więcej czasu na powrót do normalnego widzenia, gdy zostaną oślepione światłem (np. reflektorów samochodowych, gdy przechodzą z pomieszczenia jasnego do ciemnego).

Powszechne u osób starszych jest obniżenie zdolności akomodacji, czyli dostosowywania się narządu wzroku do spostrzegania przedmiotów znajdujących się w różnych odległościach (przekłada się to m.in. na bezpieczeństwo prowadzenia pojazdów i szybkość dostosowywania się do

różnych odległości i prędkości pojazdów). Związane ze starością zmiany dokonujące się w zakresie widzenia są uciążliwe, ale w odniesieniu do wielu z nich istnieje możliwość korekty za pomocą szkieł korekcyjnych czy podjętego leczenia. Pozytywne efekty leczenia przywracają ostrość widzenia, pozwalają na prawidłową orientację przestrzenną i samodzielne funkcjonowanie.

Problemem stają się zaburzenia widzenia, które są następstwem różnych chorób narządu wzroku, układu nerwowego, układu krążenia, układu hormonalnego. Objawy chorobowe nie sprowadzają się jedynie do upośledzenia (utraty) widzenia, ale mają wpływ na ogólną jakość życia osób starszych. Łączą się bowiem z ryzykiem utraty samodzielności, niezależności, zdolności przemieszczania się i radzenia sobie z codziennymi sprawami, samoobsługą. Do najczęściej diagnozowanych u osób starszych tego rodzaju chorób zaliczyć można zaćmę, jaskrę, związane z wiekiem zwyrodnienie plamki żółtej czy retinopatię cukrzycową (Carabellese i in., 1993; Oleś, Steuden i Toczołowski, red., 2002; Rothermund i Brandtstädter, 2003; Steuden, 2002; Steuden i Oleś, 2005).

Zaćma (katarakta) to wrodzona lub degeneracyjna choroba oczu prowadząca do zmętnienia soczewki oka. Jest ona jedną z przyczyn ślepoty. Jej podstawowe objawy obejmują: pogorszenie widzenia (widzenie jak przez mgłę – jest ono szczególnie uciążliwe przy jasnym oświetleniu), podwójne widzenie jednym okiem, zaburzenia w ocenie odległości, pogorszenie ostrości wzroku, aż do jego całkowitej utraty, zaburzenia w poruszaniu się

i samoobsłudze. Ryzyko zachorowania na zaćmę wzrasta u osób powyżej 60. r.ż. (Brian i Taylor, 2001).

Jaskra należy do grupy chorób, których częstość występowania wzrasta z wiekiem, a wspólną cechą jest postępujący zanik nerwu wzrokowego (w jej przebiegu może nastąpić całkowita i nieodwracalna utrata widzenia). Jaskra występuje u ok. 0,5% osób w 40. r.ż., w kolejnych latach częstość jej występowania wzrasta – dochodzi do 5% po 60. r.ż., oraz 8–10% po 70.–80. r.ż. Z danych szacunkowych wynika, że na świecie na jaskrę choruje 70 mln osób. W Polsce jest ok. 200 tys. chorych, a zagrożonych jej rozwojem jest ok. 600 tys. osób. Choroba ta stanowi drugą najczęstszą przyczynę ślepoty na świecie (Quigley i Broman, 2006; Toczołowski i Klonowski, 2002).

Związane z wiekiem **zwyrodnienie plamki żółtej** (degeneracja plamki żółtej) jest główną przyczyną utraty wzroku u osób powyżej 50. r.ż. Dotyczy 5–10% osób w wieku 65–75 lat i ok. 20–30% osób w wieku ponad 75 lat. Choroba prowadzi do uszkodzenia siatkówki (szczególnie jej części centralnej – plamki żółtej), ubytków, a często całkowitej utraty widzenia centralnego i w konsekwencji do ślepoty. Do typowych objawów należą: widzenie prostych linii jako falistych lub zniekształconych i postępujące trudności w czytaniu. W związku ze starzeniem się społeczeństwa problem zwyrodnienia plamki żółtej narasta.

Według Światowej Organizacji Zdrowia wskutek związanego z wiekiem zwyrodnienia plamki żółtej w 2020 r. będzie na świecie 75 mln ludzi niewidomych i aż 270 mln słabowidzących (Rovner i in., 2011). W Polsce każdego roku u 200 tys. osób diagnozuje się suchą postać

związanego z wiekiem zwyrodnienia plamki żółtej, a u ok. 20 tys. osób jej postać wysiękową (Edbom-Kolarz i Marcinkowski, 2013).

Rezultaty badań nad jakością życia osób cierpiących na jaskrę i zaćmę (Oleś, Steuden i Toczołowski, red., 2002) wykazały, że poprawa obiektywna wzroku w znaczeniu klinicznym (po włączeniu specjalistycznych metod leczenia – operacyjnego, farmakologicznego) nie korespondowała z obniżeniem poziomu lęku i wyższą jakością życia w znaczeniu psychologicznym.

Obserwacje poczynione w wielu badaniach (Oleś, Steuden i Toczołowski, red., 2002; Steuden, 2002; Van Zandt, Van Zandt i Wang, 1994) wskazują, że istotne znaczenie dla osób z zaburzeniami widzenia ma wzmacnianie ich umiejętności korzystania ze wsparcia społecznego, ale bez przyjmowania wobec nich postaw społecznych nadmiernie ochraniających, generujących poczucie zależności i niezdolności do samodzielnego radzenia sobie.

Istotną w tym względzie rolę odgrywają osoby bliskie oraz profesjonalne grupy wsparcia, stowarzyszenia i instytucje. Jak się zdaje, podstawowymi celami wsparcia osób starszych z zaburzeniami widzenia są:

- obniżenie poczucia izolacji i osamotnienia oraz zabezpieczenie przed ich narastaniem depresji, zniechęcenia, poczucia małej wartości i inwalidztwa,
- obniżenie ich przekonania o wyjątkowości i uciążliwości problemów związanych z zaburzeniami widzenia lub też lekceważenia istniejących i narastających objawów zaburzeń widzenia, ze

względu na przekonanie o ich związku ze starością i brakiem sensu oraz możliwości ich leczenia,

- wypracowanie nowego sposobu funkcjonowania społecznego i oceny rzeczywistości w sytuacji zaburzeń widzenia (utraty wzroku) znacząco ograniczających samodzielne, codzienne funkcjonowanie,
- organizowanie osobom starszym możliwości dzielenia się ich doświadczeniami z innymi osobami o podobnych problemach (Borkman 1982, za: Van Zandt, Van Zandt i Wang, 1994, s. 245; por. też Steuden i Oleś, 2005).

Zaburzenia widzenia czy utrata wzroku w starszym wieku nie są jedynymi stratami w tym okresie życia – u większości osób starszych można bowiem zauważyć proces kumulowania się różnych strat, a tym samym narastania ryzyka różnych zespołów zaburzeń (poczucia osamotnienia, beznadziejności, depresji, poczucia zagrożenia, skarg na dolegliwości somatyczne). W tej sytuacji istotnym celem wsparcia psychologicznego byłoby także przeciwdziałanie temu zjawisku przez różne formy wsparcia społecznego i profesjonalnego.

Z doświadczeń klinicznych oraz z danych zaczerpniętych z literatury przedmiotu (Janz i in., 2001; Sękowska, 1998; Witkowski, 1994) wynika, że w przypadku osób starszych z zaburzeniami widzenia najbardziej efektywne jest wsparcie emocjonalne i informacyjne. Pierwsze z nich przyczynia się do obniżania poziomu lęku i poczucia zagrożenia przed bezradnością, a przez to wzmacniania poczucia bezpieczeństwa. Drugie zaś łączy się

z nabywaniem i poszerzaniem wiedzy o chorobie, jej leczeniu i kompensowaniu zaburzeń widzenia.

Bardzo ważne jest podkreślanie pozytywnego znaczenia więzi z innymi ludźmi, która daje poczucie integracji społecznej, bezpieczeństwa i zdolności radzenia sobie w codziennym życiu. Efektem pozytywnym różnych form wsparcia w wymiarze społecznym jest to, że osoba starsza z zaburzeniem widzenia nie jest spostrzegana przez pryzmat jej niepełnosprawności i ograniczeń, ale uznaje się ją za pełnoprawnego członka grupy społecznej (Steuden i Oleś, 2005).

3.2. ZABURZENIA SŁUCHU

W zakresie słuchu u większości osób starszych obserwuje się **niedosłyszenie starcze**, obejmujące grupę zaburzeń będących następstwem ubytku słyszalności dźwięków o wysokich częstotliwościach (niekiedy mogą wydawać się mocniejsze), w mniejszym stopniu dotyczy to dźwięków o częstotliwościach niskich.

Innym objawem, który sprawia trudności w komunikacji werbalnej osób starszych, jest zaburzenie zdolności różnicowania wyrazów i w efekcie odbieranie ich jako zlewających się ze sobą. Wskaźnik zaburzeń słuchu dotyczy ok. 32% osób w wieku 70–80 lat oraz ok. 50% powyżej 80. r.ż. (Bilikiewicz i Parnowski, 2002, s. 704; Stuart-Hamilton, 2006, s. 29). Pogarszanie się słuchu dla wielu osób starszych jest czymś zwyczajnym, co więcej, w jakimś sensie przyzwyczajają się one do tego i w różny sposób kompensują istniejące ograniczenia (uważnie

słuchając, zadając dodatkowe pytania, regulując urządzenia medialne). W wypadku niektórych wad słuchu istnieje możliwość korekty za pomocą aparatów słuchowych, ale jej efekt nie zawsze jest zgodny z oczekiwaniami.

Następstwem zaburzeń słuchu są trudności w codziennym funkcjonowaniu (rozmowie, orientacji w codziennych wydarzeniach, odbiorze przekazywanych treści, możliwościach komunikowania się za pomocą poleceń urządzeń telekomunikacyjnych), co łączy się z poczuciem zawstydzenia, niezrozumienia, zagrożenia, osamotnienia, izolacji, a często staje się przyczyną podejrzliwości. Duże znaczenie w podtrzymaniu dobrostanu psychicznego osób z zaburzeniem słuchu ma jakość ich relacji z rodziną, osobami bliskimi oraz otoczeniem społecznym. W kontakcie z osobą, która ujawnia znaczny ubytek słuchu, pojawia się konieczność zwiększenia głośności wypowiedzi, kierowania twarzy ku osobie starszej, wydłużenia czasu przekazywania różnych treści werbalnych, tak aby osoba mogła różnicować poszczególne słowa, co niejednokrotnie wymaga także ogromnej cierpliwości ze strony rozmówcy. Niezależnie jednak od wysiłku włożonego (przez rodzinę, innych ludzi) w to, by przekaz treści był zrozumiały, interpretacja sposobu komunikacji i treści komunikatu przez osobę starszą może być odmienna od intencji nadawcy. Osoby starsze mogą bowiem interpretować głośne mówienie jako krzyk, lekceważenie i poniżanie ich godności. Konsekwencją tego może być podejrzliwość i nieufność osoby starszej oraz wzajemne zniechęcenie, a przez to ograniczenie przekazu

słownego do koniecznego minimum lub też rezygnacja z wzajemnego kontaktu werbalnego (Steuden, 2011b).

3.3. ZESPOŁY OTĘPIENNE

Wraz z wydłużaniem się średniej długości życia wzrasta częstotliwość ujawniania się różnych zespołów **zaburzeń geriatrycznych.** Wskazuje się na kilka grup problemów przeżywanych przez osoby starsze: u ok. 7% osób starszych w wieku 65–85 lat oraz u ponad 30% osób w wieku powyżej 85 lat diagnozuje się zespoły otępienne, które często współwystępują z poważnymi problemami w funkcjonowaniu społecznym, depresją, lękiem. Uciążliwe dla ponad połowy osób starszych powyżej 80. r.ż. są problemy z zasypianiem, u ponad 25% osób starszych stwierdza się nadużywanie leków, u ok. 8–15% występują zaburzenia depresyjne (Glicken, 2009).

Choć ryzyko pojawienia się **zespołów otępiennych** wzrasta w każdym wieku w przypadku chorób centralnego układu nerwowego (choroba Parkinsona, choroba Cruetzfeldta-Jakoba, choroba Huntingtona i inne), a także jego uszkodzenia (np. w następstwie urazu), to zespoły otępienne występujące w okresie starości stanowią podstawowy problem współczesnej psychogeriatrii. Częstość ich występowania wzrasta wraz z wiekiem z ok. 1,9% w grupie wiekowej 65–69 lat do 16,5% u osób powyżej 80–84 lat (Bilikiewicz, Landowski i Radziwiłowicz, 1999; Bilikiewicz i Parnowski, 2002). Mimo iż większość zespołów otępiennych pojawia się w okresie późnej

starości, to jednak nie są one naturalnym i nieodłącznym elementem procesu starzenia się i starości.

Według definicji przyjmowanej przez Światową Organizację Zdrowia zespoły otępienne „są zespołem spowodowanym chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są takie wyższe funkcje korowe jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język i ocena. Świadomość nie jest zaburzona. Upośledzeniu funkcji poznawczych towarzyszy zwykle, a czasami je poprzedza, obniżenie kontroli nad reakcjami emocjonalnymi, społecznymi, zachowaniem i motywacją” (Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, 1997, s. 51; Pużyński i Wciórka, 1998, s. 40–41).

W diagnostyce różnicowej chorych w wieku podeszłym z upośledzeniem funkcji poznawczych wskazuje się na dwie grupy przyczyn zespołów otępiennych:

1) pierwotne zespoły i schorzenia neurologiczne (choroba Alzheimera, choroba naczyniowa mózgu, która doprowadza do otępienia w efekcie licznych udarów – najczęściej niedokrwiennych, otępienie z ciałkami Lewy’ego, choroba Picka, choroba Parkinsona, pląsawica Huntingtona, zmiany urazowe mózgu),
2) choroby uogólnione, które mogą upośledzać czynności poznawcze (depresje, niedotlenienie, choroby układu krążenia, zaburzenia hormonalne, niedobory witamin, zaburzenia metaboliczne, zaburzenia autoimmunologiczne, choroby o podłożu zapalnym, choroby nowotworowe i inne) (Klasyfikacja zaburzeń

psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, 1997; Steffens i Morgenlander, 2000).

W diagnostyce różnicowej należy także uwzględnić **zaburzenia depresyjne**, które mogą obejmować objawy podobne do wczesnego otępienia (dotyczy to szczególnie zaburzeń pamięci, spowolnienia myślenia i braku spontaniczności) (Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, 1997). Zespoły otępienne niekiedy wiążą się z ogromnym cierpieniem osób nimi dotkniętych, ale zawsze stanowią poważne obciążenie dla bliskich i opiekunów ze względu na dezorganizację życia rodzinnego. Stąd też ich rozpoznanie, odróżnienie od objawów występujących w innych zaburzeniach, a także od objawów starzenia się fizjologicznego – zwłaszcza w okresie początkowym – jest jednym z trudniejszych, a zarazem ważniejszych zadań w opiece zdrowotnej nad osobami starszymi (Steuden, 2011b).

Wczesna profilaktyka zespołów otępiennych, której celem jest wdrożenie leczenia farmakologicznego, spowolnienie przebiegu procesu otępiennego i zaburzeń funkcji poznawczych (przez różne formy ich terapii), pomaga nie tylko osobom chorym, lecz także rodzinom i opiekunom, ponieważ zabezpiecza przed szybkim narastaniem negatywnych skutków obciążenia opieką nad osobą chorą.

Postępujące zmiany chorobowe u osoby starszej wymagają ustalenia nowego podziału obowiązków w rodzinie, głównie po to, aby obciążenia związane z opieką nie dotyczyły wyłącznie jednego członka rodziny (Sadowska i Steuden, 2009b). Należy jednak dodać, że

wsparcia (emocjonalnego, informacyjnego, duchowego, materialnego) wymaga nie tylko osoba chora, lecz także jej opiekunowie. Uznanie pozytywnego znaczenia opiekuna w pomocy osobie chorej i jego wysiłku (zwłaszcza w sytuacji gdy u osoby chorej, obok zaburzeń poznawczych, występują zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania) należy do podstawowych i ważnych elementów wsparcia psychologicznego.

Celem różnych form wsparcia osób starszych z zespołami otępiennymi i ich opiekunów jest uczenie sposobu radzenia sobie z problemami związanymi z chorobą i obniżanie tempa narastania jej skutków negatywnych. Nadmierne zaangażowanie, a także obciążenie opiekunów może pociągać za sobą wiele negatywnych skutków, które dotyczą zarówno osoby wspierającej, jak i wspieranej. Po stronie osoby wspierającej można wskazać na przyjmowanie przez opiekunów postawy negatywnej wobec osób wspieranych, zaniedbywanie obowiązków opiekuńczych, instrumentalne traktowanie osób wspieranych, a nierzadko zespół wypalenia sił w opiece (Sadowska i Steuden, 2009a). Podstawą efektywnego wspierania jest posiadanie (nabywanie) wiedzy o procesie starzenia normatywnego i patologicznego. Istotne, pozytywne znaczenie w pomocy udzielanej osobom chorym i ich opiekunom mają:

- różne formy wsparcia psychologicznego osób starszych, mające na celu poprawę ich funkcjonowania,
- grupy wsparcia, w których opiekunowie, dzieląc się swoimi doświadczeniami, mogą korzystać z pomocy

profesjonalistów: psychologów, lekarzy, prawników, pracowników socjalnych,

- stowarzyszenia, które przybliżają wiedzę na temat choroby i jej skutków, wskazują na sposoby radzenia sobie ze stresem choroby osoby bliskiej i stresem własnym w związku z opieką,
- instytucjonalne formy pomocy – oddziały psychogeriatryczne, domy pomocy społecznej, oddziały pobytu dziennego i całodobowego (Steuden, 2011b).

3.4. ZABURZENIA PSYCHICZNE

Problemem wielu osób starszych (innym niż zespoły otępienne) są **zaburzenia psychiczne**. W ciągu ostatnich kilkunastu lat obserwuje się wzrost częstości występowania różnych zespołów zaburzeń psychicznych. Szacuje się, że tendencja wzrostowa (ok. 16% populacji osób starszych pod koniec XX w.) utrzyma się w kolejnych latach (do ponad 21% w 2030 r.; Carstensen, Gottman i Levenson, 1999; Jeste i in., 1998). W długofalowych badaniach szwedzkich, prowadzonych w grupie osób powyżej 70. r.ż., wskaźnik zaburzeń psychicznych dotyczył 30% populacji. Podobne rezultaty uzyskano w studiach berlińskich nad starością (Paul, Ayis i Egrahim, 2006; Skoog, 2004). Wśród zaburzeń psychicznych dotykających osoby starsze najbardziej rozpowszechnione są depresje (Krzymiński, red., 1993; Krzymiński i Krzymińska, 1993), w których najczęściej obserwowanymi objawami są: obniżenie nastroju, przeżywanie smutku, przygnębienie (13–29,7%), rzadziej natomiast obserwuje się ciężkie postaci depresji

czy depresje reaktywne (Bilikiewicz i Parnowski, 2002). Do czynników ryzyka pojawienia się objawów depresyjnych w tej grupie wiekowej zalicza się m.in.:

- dolegliwości związane z chorobą przewlekłą somatyczną,
- niską ocenę stanu zdrowia,
- obniżoną zdolność funkcjonowania psychospołecznego,
- deficyty wzrokowe i słuchowe,
- spostrzeganie negatywnych zmian w życiu,
- utratę osób bliskich,
- osamotnienie.

W diagnostyce klinicznej istotnym problemem staje się (1) różnicowanie stanów depresyjnych i otępienia, co wiąże się z tym, że zarówno zaburzenia depresyjne, jak i zespoły otępienne mają negatywny wpływ na funkcje poznawcze, zachowanie i codzienne funkcjonowanie osób starszych; (2) w obu zespołach zaburzeń stwierdza się podobieństwo niektórych objawów – dotyczy to zwłaszcza zaburzenia uwagi w zakresie jej wybiórczości i podzielności, trudności w uczeniu się, przypominaniu, pamięci bezpośredniej i operacyjnej, a wyraźne różnice dotyczą funkcji językowych i wzrokowo-przestrzennych; ponadto (3) występuje trudność w różnicowaniu symptomów depresyjnych i takich objawów, jak zmniejszenie zainteresowań, zmniejszenie wydolności fizycznej, zaburzenia snu i łaknienia, które obserwuje się w podeszłym wieku (por. Steuden, 2011b).

Kissane, Clark i Street (2001) oraz Clarke (2007) wskazują na **proces osłabiania sił, narastania zniechęcenia i utraty zainteresowań** u wielu osób starszych w sytuacji pogłębiania się objawów chorobowych czy też w następstwie nawarstwiania się trudności związanych z codziennym funkcjonowaniem. W przypadku tych osób starszych efektywne staje się wsparcie informacyjne dotyczące ich choroby i sposobu radzenia sobie z jej objawami, wspomaganie ich umiejętności radzenia sobie z codziennymi zadaniami, a także analizowanie kwestii egzystencjalnych, dotyczących celu i sensu życia oraz znaczenia relacji społecznych.

We wsparciu psychologicznym osób starszych, u których proces chorobowy doprowadza do zniedołężnienia, ważna jest umiejętność ich słuchania i empatycznego rozumienia oraz stworzenia im możliwości odreagowania przykrych stanów emocjonalnych i dokonania wglądu w trudną sytuację. Oczywiście, każdorazowo wsparcie psychologiczne musi być dostosowane do indywidualnych potrzeb i oczekiwań osoby starszej. Istotę tak rozumianego wsparcia dobrze oddają następujące słowa: „[…] gdy człowiek cierpi, potrzebuje w sposób szczególny obecności innych. Potrzebuje doświadczyć wsparcia, by przy pomocy innych odbyć trudną drogę od straty do zgody na nowe, zmienione wprawdzie, ale równie wartościowe życie. […] Trzeba umieć słuchać o bezgranicznej samotności, bezsensie, braku nadziei, wewnętrznym rozbiciu i braku wizji własnego życia w przyszłości. To wspólne trwanie z osobą cierpiącą, przemierzanie razem drogi cierpienia, bólu

i rozpaczy pozwala w końcu znaleźć wyjście z tej trudnej sytuacji” (Okła, 2009, s. 201).

4. METODY POMOCY OSOBOM W OKRESIE PÓŹNEJ DOROSŁOŚCI

Analiza autobiograficzna. Jej podstawowe cele to reinterpretacja i integracja doświadczeń życiowych, poradzenie sobie z przeszłością i umacnianie poczucia własnej tożsamości (Cohen-Mansfield i in., 2010). Odnosi się do treści zawartych w opowiadaniu (narracji) osoby o własnym życiu, przez które próbuje ona odnaleźć jego sens i zrozumieć samą siebie. Analiza treści narracji jest jednym z ważniejszych sposobów docierania do subiektywnego świata przeżyć, odzwierciedla ona zdarzenia i doświadczenia życiowe uszeregowane w jakimś porządku czasowym i przestrzennym, stanowiącym o tożsamości osoby. Interpretacja ich znaczenia dla osoby podlega zmianom w zależności od jej potrzeb, stanu zdrowia czy też okoliczności zewnętrznych. Opowiadanie o własnym życiu pozwala odsłonić treści, które pomagają osobom starszym zrozumieć własne życie. Aby jednak móc przedstawić historię życia, potrzebna jest pamięć autobiograficzna, która pozwala odnieść się do:

1) poszczególnych okresów życia, wyznaczonych przez ramy czasowe,
2) zdarzeń ogólnych, uwzględniających różne wydarzenia w pewnym okresie życia – ich znaczna część dotyczy interakcji społecznych, relacji z innymi ludźmi, oraz

3) zdarzeń specyficznych, szczególnie ważnych dla osoby (Cohen-Mansfield i in., 2010; Maruszewski, 2005).

Analiza treści przechowywanych w pamięci autobiograficznej jest dla osób starszych odkrywaniem, poznawaniem i rozumieniem historii własnego życia przez odwoływanie się do najważniejszych pozytywnych i trudnych wydarzeń z przeszłości, które były i są nadal szczególnie ważne w kształtowaniu postawy wobec siebie i otoczenia.

Znaczenie analizy biograficznej dla osoby dobrze oddaje następująca wypowiedź: „Ustalenie kalendarza życia możliwe jest dzięki pytaniom, które zadajemy sobie odnośnie wszystkiego, co następowało wcześniej lub później względem pewnych lat, dekad lub krótszych okresów, w których zazwyczaj możemy ustalić fundamentalne momenty egzystencji, które pamięć odnajduje jako pierwsze, bo już w momencie przeżywania nadaliśmy im określony, istotny sens” (Demetrio, 2000, s. 69). Dla osób starszych możliwość opowiadania historii własnego życia ma szczególne znaczenie ze względu na ich autentyczną i spontaniczną potrzebę dzielenia się doświadczeniami w takiej postaci, w jakiej zostały zapamiętane, stąd też ich treść ma wyjątkową wartość poznawczą, informacyjną i emocjonalną.

Według Cozolino (2008) opowiadanie przez osoby starsze o ich życiu jest sposobem przekazywania wiedzy i mądrości w czasie i umacniania poczucia tożsamości. Dokonując refleksji nad własnym życiem, osoby starsze selekcjonują, porządkują i interpretują osobiste doświadczenia, nadają im znaczenie i tworzą z nich złożoną

całość (Hermans i Hermans-Jensen, 2000). Ma to szczególne znaczenie w sytuacji pomocy psychologicznej, w której osoba wspierana może umacniać oraz modyfikować swoją tożsamość przez przywoływanie historii własnego życia, ma także możliwość reinterpretacji i nadawania nowego znaczenia konkretnym wydarzeniom (Duvarci i Nader, 2004). W jednej ze swoich książek Sacks (1996, s. 144) pisze: „Każdy z nas ma swoją historię życia, wewnętrzne opowiadanie – którego ciągłość, sens jest naszym życiem. Można powiedzieć, że każdy z nas konstruuje swoje opowiadanie, a to opowiadanie jest naszą tożsamością. Jeśli chcemy poznać jakiegoś człowieka, pytamy o jego historię – jego prawdziwą historię, najintymniejszą historię – ponieważ każdy z nas jest historią. Każdy z nas jest opowiadaniem, które wciąż nieświadomie piszemy – piszemy naszym postrzeganiem, uczuciami, myślami, działaniem; i, co nie jest bynajmniej błahe, naszymi rozmowami, przekazywaniem innym tego opowiadania. […] Aby być sobą, musimy mieć siebie – posiadać historię swojego życia, a jeśli trzeba, posiąść ją od nowa. Musimy pamiętać siebie, pamiętać swoje wewnętrzne przedstawienie, opowiadanie. Człowiek musi mieć takie opowiadanie, bezustannie opowiadaną samemu sobie historię, by być sobą, by posiadać tożsamość”.

Odnosząc przytoczoną wypowiedź do osób starszych, można powiedzieć, że ich potrzeba wielokrotnego opowiadania o własnym życiu jest nie tylko potrzebą odkrywania samego siebie, swojego miejsca w rodzinie, w społeczeństwie, lecz przede wszystkim potrzebą umacniania własnej tożsamości. Ze względu na to, że

analiza autobiograficzna wymaga sprawności pamięci autobiograficznej, jest ona efektywna w odniesieniu do osób starszych nieujawniających większych zaburzeń procesów poznawczych.

Reminiscencja. Jest to proces przypominania (wspominania) minionych wydarzeń i doświadczeń własnego życia, a u osób starszych jest naturalną aktywnością, która w wielu wypadkach służy wspieraniu ich w akceptacji życia i obecnych w nim doświadczeń. Pierwotnie reminiscencja była związana z praktyką kliniczną i miała znaczenie diagnostyczne, ale już na początku drugiej połowy XX w. uznawano ją za metodę terapeutyczną, a przez to stała się integralną częścią programu aktywizacji osób starszych zarówno zdrowych, jak i ujawniających różne zaburzenia psychiczne i choroby somatyczne.

Zasadniczo wskazuje się trzy główne funkcje reminiscencji jako metody diagnostyczno-terapeutycznej u osób starszych:

1) podtrzymanie i wzmacnianie tożsamości, a tym samym zmniejszenie ryzyka pojawienia się postawy rezygnacyjnej oraz stanów depresyjnych (Coleman i O'Hanlon, 2004; Lewis, 1971),
2) integracja Ja oraz wzmacnianie poczucia własnej godności,
3) uczenie osób starszych przekazywania innym (także młodszym pokoleniom) treści zdobytych na podstawie ich własnych doświadczeń duchowych, religijnych, moralnych, społecznych, kulturowych i innych (Gutmann, 1997; Steuden, 2011b).

W literaturze przedmiotu wskazuje się na różne rodzaje reminiscencji, zróżnicowane ze względu na ich funkcje: odnosząca się do przeglądu życia, integrująca, obsesyjna, transmisyjna (Wong i Watt, 1991), zmniejszająca znudzenie, wzmacniająca rozgoryczenie, a także przygotowująca do śmierci (Webster, 1993, 2002, za: Coleman i O'Hanlon, 2004).

W pracy z osobami starszymi najczęściej wykorzystywany jest **przegląd życia** (Coleman, 1986). Metoda ta wymaga jednak zdolności wglądu i sprawności funkcji poznawczych, dlatego jest bardziej efektywna w odniesieniu do osób, które nie ujawniają poważnych zaburzeń poznawczych, a także we wcześniejszym okresie starości (Liebermann i Tobin, 1983). Przegląd życia wiąże się z koniecznością refleksji nad własnym życiem oraz wysiłkiem prowadzącym do reinterpretacji celów życiowych, systemu wartości, rekonstrukcji Ja (Freeman, 1997) i służy bardziej możliwości zmiany Ja niż podtrzymaniu dotychczasowej koncepcji siebie (Butler, 1963).

Przegląd życia spełnia funkcję integracyjną, służy bowiem powiązaniu przeszłości z przyszłością oraz życia i śmierci jako dwóch egzystencjalnie ważnych wymiarów człowieka, a przez to pozwala dostrzec wartość przemijania i zaakceptować śmierć (Butler, 1975; Tornstam, 1999a). Przegląd życia może więc być także specyficzną formą terapii, a podejmowane tematy mogą dotyczyć ważnych przemian życiowych, świata wartości, problemów egzystencjalnych, doświadczeń związanych z rodziną, pracą zawodową, wydarzeniami historycznymi (Cozolino,

2008). Pomocne w przypominaniu sobie przez osoby starsze różnych faktów z przeszłości, w jakimś stopniu związanych z historią ich życia, mogą być różne rekwizyty i przedmioty (pamiętniki, fotografie, rzeczy pamiątkowe). Dzięki nim osoba może przywoływać w pamięci ważne osoby, wydarzenia, a także rozpoznawać siebie w różnych sytuacjach życiowych i w różnym czasie.

W opinii wielu autorów (Butler, 1975; Coleman, 1986; Wink i Schiff, 2002) przegląd życia ma pozytywne znaczenie w przystosowaniu się osób starszych do starości, akceptacji dokonujących się przemian, a szczególnie pomocny jest w przypadku tych osób, które w przeszłości zmagały się z trudnymi sytuacjami życiowymi (nierozwiązanymi) i mają negatywny bilans życiowy. Możliwość ponownego spojrzenia osób starszych na własne życie i obecne w nim wydarzenia z bezpiecznego dystansu pozwala na dokonanie ich reinterpretacji i ocenę pozytywną. Z kolei ocena pozytywna doświadczeń życiowych umacnia poczucie własnej wartości (także w odniesieniu do przeszłości). Poważnym utrudnieniem w zastosowaniu tej metody są zaburzenia w zakresie funkcji poznawczych i zdolności refleksyjnej oceny własnego życia. Kastenbaum (1975, za: Shmotkin i Eyal, 2003) wskazuje na kilka możliwych sposobów koncentracji osób starszych na własnej przeszłości:

1. Nadawanie przez osoby starsze własnemu życiu znaczenia przez odwoływanie się do przeszłości w celu umocnienia własnej wartości, a w sytuacji ich aktualnego zmagania się z sytuacjami trudnymi odwołanie się do posiadanych dawniej zdolności

i kompetencji służących podtrzymaniu poczucia własnej wartości.

2. Dążenie niektórych osób starszych do ustalania granic, których celem jest wyraźne oddzielanie przeszłości od teraźniejszości, głównie po to, aby jedne zdarzenia uwypuklić, a od innych się uwolnić. Taki sposób zachowania wydaje się efektem stosowania mechanizmów obronnych. Koncentracja na przeszłości może łączyć się ze wspomnieniami pozytywnymi, które umacniają poczucie wartości i osiągnięć, a lekceważenie teraźniejszości czy przyszłości może być wyrazem trudności w akceptacji starości i przemijalności ludzkiego życia. Ponadto koncentracja na przeszłości (dawnych sukcesach) może być przejawem unikania konfrontacji z procesem starzenia się, podobnie jak zaprzeczanie swojemu wiekowi przez nadmierne angażowanie się w nowe (nierealistyczne) plany życiowe, mimo iż wiele dotychczasowych problemów pozostaje bez rozwiązania (Butler, 1975). Koncentracja osób starszych na przeszłości może także wyrażać nieakceptowanie przemijania i procesu starzenia się i jest w pewnym sensie uwarunkowana lękiem przed stresem związanym ze starością. Ignorowanie przez osoby starsze dokonujących się przemian społecznych, ekonomicznych, kulturowych i powielanie sposobów zachowania z przeszłości sprawia, że osoby starsze stają się niedostosowane do wymagań środowiska.
3. Powtarzanie i ciągłe powracanie do pewnych zdarzeń (zwłaszcza negatywnych) z przeszłości może być

przejawem zaburzeń po doświadczeniach skrajnie traumatycznych, od których trudno się uwolnić i z tego powodu trudno też cieszyć się teraźniejszością czy przyszłością. W tej sytuacji kurczowe trzymanie się przeszłości (w której obecne są zranienia z wcześniejszych okresów życia) zmniejsza możliwość elastycznego zachowania i może powodować trudności adaptacyjne. Ich wyrazem może być tendencja do interpretowania obecnych zdarzeń w odniesieniu do przeszłości, upatrywanie w niej trudności, które uniemożliwiły edukację, stanowiły obciążenia w dalszym życiu. Takie postępowanie może mieć również charakter obronny. Nadmierna koncentracja na przeszłości skutkuje także utratą energii i może prowadzić do patologii. Prowadzi to do wniosku, że przeszłość spełnia swoją funkcję jako ważna część Ja, o ile odnosi się do teraźniejszości i przyszłości.

Zbliżona do koncepcji przeglądu życia jest **reminiscencja integrująca**, wykorzystywana jako jedna z podstawowych form terapii i wsparcia psychologicznego osób starszych, które przebywają w domach spokojnej starości i innych instytucjach pomocowych. Jej celem jest podtrzymywanie zdolności rozpoznawania siebie i innych, umocnienie poczucia własnej tożsamości i tożsamości osób bliskich, poczucia bezpieczeństwa i oparcia w rodzinie. Pomocne w jej prowadzeniu są fotografie (znane rekwizyty) przedstawiające osoby starsze w różnych okresach ich życia, sytuacjach rodzinnych i społecznych.

Reminiscencję transmisyjną łączy się z dobrostanem psychicznym osoby starszej, jej doświadczeniem życiowym,

potrzebą powracania do ważnych treści życiowych, przekazywania ich młodszym pokoleniom. Okazuje się ona pomocna w podtrzymaniu jakości życia osób starszych, we wzmacnianiu w nich poczucia wartości i użyteczności. Treść wspomnień dotyczyć może rozmaitych ważnych wydarzeń życiowych, które mogą wiązać się z szacunkiem i uznaniem społecznym (ze względu na status społeczny, zasługi, osiągnięcia, pełnione funkcje). Jest ona odzwierciedleniem pozytywnej samooceny i uznania ze strony innych ludzi, a także poczucia własnej godności, która zależy m.in. od docenienia zasług osoby starszej (por. Tadd i Bayer, 2006 – przy czym autorzy ci wskazują na cztery wymiary godności związane z poczuciem tożsamości społecznej, narodowej oraz ze szczególnymi zasługami, takimi jak udział w wojnie, zasługi dla kraju, oświaty itd.).

Reminiscencja obsesyjna u osób starszych łączy się z ciągłym powracaniem do wydarzeń trudnych, traumatycznych, jest obecna w zespołach zaburzeń po stresie urazowym. Jej istotą jest niepodlegające kontroli powracanie w pamięci do wydarzeń trudnych i sprawiających ból. Hunt, Marshall i Rowlings (red., 1997, za: Coleman i O'Hanlon, 2004) uważają, że u podstaw reminiscencji obsesyjnej może tkwić mechanizm obronny typu unikanie. W procesie reminiscencji obsesyjnej treści negatywne stają się centralne w doświadczeniu osoby starszej. Cechą znamienną jej zachowania jest z jednej strony unikanie traumatycznych wspomnień, niechęć mówienia o nich, z drugiej zaś niezdolność do uwolnienia się od nich. Propozycje wsparcia w tej reminiscencji obejmują m.in. odwracanie od niej uwagi przez

podejmowanie różnych działań, których wykonanie wymaga koncentracji uwagi. Inną propozycją wsparcia jest analiza sytuacji trudnej i próba zrozumienia jej aktualnego znaczenia dla osoby starszej, a także ukazania braku możliwości wpływu na zmianę wydarzenia, które już zaszło. Niewątpliwie ten rodzaj wsparcia jest możliwy w odniesieniu do osób starszych, u których nie stwierdza się poważnych zaburzeń funkcji poznawczych.

Analiza autobiograficzna i reminiscencja są nie tylko metodami diagnostycznymi, pozwalającymi dotrzeć do wewnętrznych doświadczeń osób starszych na podstawie ujawnianych przez nich treści w przekazie słownym, lecz także metodami terapeutycznymi, ponieważ stwarzają osobie starszej możliwość rozumienia, uporządkowania i reinterpretacji wydarzeń życiowych oraz oceny ich wpływu na historię życia, postawę wobec siebie i innych ludzi.

Wśród znaczących kwestii, które stanowić mogą o efektywnym wsparciu psychologicznym osób starszych, można wymienić: wzmacnianie poczucia, że jest się tą samą osobą, niezależnie od upływu czasu, jakości doświadczeń życiowych; pomoc w integracji przeszłości, teraźniejszości i przyszłości, wypracowanie pozytywnego odniesienia do przyszłości na drodze akceptacji własnego przemijania i akceptacji faktu, że śmierć jest częścią ludzkiego losu; a także dostosowanie rytmu osoby do jej możliwości i wymagań otoczenia.

5. PODSUMOWANIE

Starości nie da się uniknąć, ponieważ jest ona kolejnym etapem rozwoju człowieka, nie da się także wykluczyć czynników ryzyka zaburzeń, które pojawiają się częściej w tym okresie życia. Jednakże możliwe stają się działania służące podtrzymaniu jakości życia osób starszych, zabezpieczeniu ich przed poczuciem osamotnienia, marginalizacją i wykluczeniem społecznym, a także profilaktyka zaburzeń przez ich wczesną diagnostykę oraz opracowanie szerszych programów psychoedukacyjnych, kierowanych nie tylko do osób starszych.

Ważnym celem wspierania osób starszych jest podtrzymywanie poczucia sensu życia i pozytywnej postawy wobec nowych wyzwań, związanych z ograniczeniami i uciążliwością tego okresu życia.

Pozytywne aspekty starości nie pojawiają się same, ale są efektem kształtowania postaw wobec starości w trakcie całego życia. Proponowane formy przygotowania i wychowania do starości powinny mieć charakter uniwersalny, co oznacza, że powinny odnosić się do różnych grup wiekowych, jak również potrzeb, preferencji, oczekiwań i możliwości osób starszych.

Można je rozważać, uwzględniając różne perspektywy czasowe i różne obszary oddziaływania.

Ze względu na perspektywę czasową za ważne należy uznać: przygotowanie do starości na różnych etapach życia; przygotowanie osób starszych do dobrego doświadczania własnej starości, niezależnie od trudności pojawiających się w tym okresie życia, oraz udział osób starszych w przygotowywaniu młodszych pokoleń do starości własnej i starości innych ludzi przez

przekazywanie im bogactwa doświadczeń zdobywanych na kolejnych etapach życia i życiowej mądrości.

Przygotowanie do starości powinno także odnosić się do różnych obszarów funkcjonowania człowieka: szeroko pojętego zdrowia i jego zaburzeń, kulturowego i społecznego. Należy tu wymienić: wyjaśnianie zmian związanych z wiekiem i wpływających na sprawność psychiczną i fizyczną, wskazywanie na zasoby osób starszych i połączone z wiekiem zadania rozwojowe, wskazywanie na możliwości kształtowania pozytywnych postaw wobec własnej starości i starości innych osób, ukazywanie znaczenia osób starszych w przekazie wartości religijnych, kulturowych, rodzinnych, społecznych, patriotycznych.

Otwartą kwestią pozostaje sposób oraz zakres wsparcia udzielanego osobom starszym w relacji do wieku, stopnia sprawności fizycznej i psychicznej oraz potrzeb. O efektywności wsparcia decyduje przede wszystkim jego dopasowanie do potrzeb (Ranzijn, 2002). Jeśli wsparcie jest właściwe, to adaptacja do starości i związanych z nią uciążliwości jest możliwa, a jeśli jest niedostosowane (nadmierne lub niezgodne z oczekiwaniami osoby starszej), to może powodować takie zaburzenia w przystosowaniu, jak: nadmierna zależność od innych, niesamodzielność, bezradność, ujawnianie się postaw roszczeniowych, zaburzenia zachowania. Właściwa troska o osoby starsze powinna uwzględniać problemy zdrowotne, rodzinne, socjalne, środowiskowe, społeczne, psychologiczne, a także moralne i religijne, zwłaszcza że dominujący obecnie negatywny obraz starości przyczynia się do tego, iż wiele

osób we własnej starości z trudem dostrzega cechy pozytywne.

Przedstawienie ogólnych propozycji dotyczących przygotowania do starości i wspierania osób starszych w radzeniu sobie z wyzwaniami starości wydaje się proste. Znacznie trudniejsze staje się nauczenie osoby starszej, jak ma włączać poszczególne propozycje we własne życie, ponieważ jest to kwestia jej osobistego wyboru. Osoba starsza sama decyduje o tym, czy chce przez cały czas koncentrować się na własnych uciążliwościach i problemach, czy chce przekraczać swoje ograniczenia, doświadczać pełni życia i dzielić się życiową mądrością z innymi.

PYTANIA SPRAWDZAJĄCE

1. Scharakteryzuj zadania rozwojowe w okresie późnej dorosłości.
2. Przedstaw cele poradnictwa psychologicznego adresowanego do osób ujawniających zaburzenia słuchu i widzenia w okresie późnej dorosłości.
3. Przedstaw cele poradnictwa psychologicznego adresowanego do osób ujawniających zaburzenia funkcji poznawczych oraz do ich opiekunów.
4. Omów sposoby wspierania osób starszych w sytuacji utraty osób bliskich.
5. Omów specyfikę i znaczenie analizy autobiograficznej i reminiscencji w poradnictwie psychologicznym adresowanym do osób starszych.

PROBLEMY DO DYSKUSJI

1. Okres późnej dorosłości – zagrożenie czy szansa na dalszy rozwój i integrację osobowości?
2. Obecność osób starszych w rodzinie i społeczeństwie – obciążenie czy dar?
3. Pozytywny bilans życia i akceptacja starości – efekt pozytywnych doświadczeń życiowych czy zdolności do gerotranscendencji?
4. Mądrość życiowa osób starszych – prawda czy mit?

LITERATURA ZALECANA

Steuden, S. (2011b). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Steuden, S., Marczuk, M. (red.). (2006). *Starzenie się a satysfakcja z życia*. Lublin: Wydawnictwo KUL.

Steuden, S., Stanowska, M., Janowski, K. (red.). (2011). *Starzenie się z godnością*. Lublin: Wydawnictwo KUL.

Stuart-Hamilton, I. (2000). *Psychologia starzenia się*. Przeł. A. Błachnio. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.

BIBLIOGRAFIA

Baltes, M.M., Carstensen, L.L. (1996). The process of successful aging. *Aging and Society*, *16*, 397–422.

Baltes, P.B., Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging. The model of selective optimization with compensation. W: P.B. Baltes, M.M. Baltes (red.), *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences* (s. 1–34). Cambridge: Cambridge University Press.

Baltes, P.B. Lindenberger, U. (1997). Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the

adult life span. A new window on the study of cognitive aging? *Psychology and Aging*, *12*, 12–21.

Baltes, P.B., Staudinger, U,M., Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology. Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, *50*, 471–507.

Baltes, P.B., Staudinger, U.M., Maercker, A., Smith, J. (1995). People nominated as wise. A comparative study of wisdom-related knowledge. *Psychology and Aging*, *10*, 155–166.

Bee, H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Przeł. A. Wojciechowski. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.

Bilikiewicz, A., Parnowski, T. (2002). Zaburzenia psychiczne, problemy psychologiczne i społeczne związane ze starzeniem się (psychogeriatria). W: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria.* T. 2: *Psychiatria kliniczna* (s. 697–734). Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.

Birch, A., Malim, T. (1999). *Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęctwa do dorosłości*. Przeł. J. Łuszczyński, M. Olejnik. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Braun-Gałkowska, M. (1995). *Cnoty zapomniane*. Lublin: Katedra Psychologii Wychowawczej KUL.

Braun-Gałkowska, M. (2011). Ludzie starsi bywają różni. W: S. Steuden, M. Stanowska, K. Janowski (red.), *Starzenie się z godnością* (s. 85–94). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Brian, G., Taylor, H. (2001). Cataract blindness – challenges for the 21st century. *Bulletin of the World Health Organization*, *79*, 249–256.

Burton, A.M., Haley, W.E., Small, B.J. (2006). Bereavement after caregiving or unexpected death. Effects on elderly spouses. *Aging and Mental Health*, *10(3)*, 319–324.

Butler, R.N. (1975). *Why survive? Being old in America*. New York: Harper & Row.

Butler, R.N. (1963). The life review. An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, *26*, 65–76.

Carabellese, C., Appollonio, I., Rozzini, R., Bianchetti, A., Frisoni, G.B., Frattola, L., Traubucchi, M. (1993). Sensory impairment and quality of life in a community elderly population. *Journal of the American Geriatrics Society*, *41*, 401–407.

Carstensen, L.L., Gottman, J.M., Levenson, R. (1995). Emotional behavior in long-term marriage. *Psychology and Aging*, *10*, 14–149.

Casarett, D., Kutner, J.S., Abraham, J. (2001). Life after death. A practical approach to grief and bereavement. *Annales of Internal Medicine*, *134(3)*, 208–215.

Caserta, M.S., Lund, D.A. (2007). Toward the development of an Inventory of Daily Widowed Life (IDWL). Guided by the dual process model of coping with bereavement. *Death Studies*, *31*, 505–535.

Clarke, D.M. (2007). Review article. Growing old and getting sick. Maintaining a positive spirit at the end of life. *Australia Journal Rural Heath*, *15*, 148–154.

Cohen-Mansfield, J., Shmotki, D., Eyal, N., Reichental, Y., Hazan, H. (2010). A comparison of three types of autobiographical memories in old-old age. First memories, pivotal memories and traumatic memories. *Gerontology*, *56*, 564–573.

Coleman, P.G. (1974). Measuring reminiscence characteristics from conversation as adaptive features of old age. *International Journal of Aging and Human Development*, *5*, 281–294.

Coleman, P.G. (1986). *Ageing and reminiscence process. Social and clinical implications*. Chichester: Wiley.

Coleman, P.G., O'Hanlon, A. (2004). *Ageing and development. Theories and research.* London: ARNOLD (Hodder Headline Group).

Cook, A.S., Oltjenbruns, K.A. (1989). *Dying and grieving. Lifespan and family perspectives.* New York: Holt, Rinehart, and Winston. INC.

Cozolino, L.J. (2008). *The healthy aging brain. Sustaining, attachment, attaining, wisdom.* New York–London: W.W. Norton & Company.

Davey, G.C.L. (1994). Warrying, social problem – solving abilities and social problem – solving confidance. *Behaviour Research and*

Therapy, *32(3)*, 327–330.

Demetrio, D. (2000). *Autobiografia. Terapeutyczny wymiar pisania o sobie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Derejczyk, J. (2002). Służba zdrowia wobec potrzeb ludzi starszych. W: L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje* (s. 125–140). Katowice: „Śląsk".

Duvarci, S., Nader, K. (2004). Characterization of fear memory reconsolidation. *Journal of Neuroscience*, *24*, 9269–9275.

Dyczewski, L. (1986). Osamotnienie i jego przezwyciężanie. W: E. Podgórska, O. Czerniawska (red.), *Acta Universitatis Lodziensis, Folia et Pedagogica et Psychologia*, *14*, 73–81.

Edbom-Kolarz, A., Marcinkowski, J.T. (2013). Rehabilitacja optyczna osób starszych z centralnym ubytkiem w polu widzenia. Optical rehabilitation of elderly people with central visual field loss. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, *94(1)*, 9–15.

Erikson, E. (1997). *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Przeł. P. Hejmej. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.

Erikson, E.H., Erikson, J.M., Kivnick, H.Q. (1986). *Vital involvement in old age. The experience of old age in our time.* New York: Norton and Company.

Fernández-Ballesteros, R. F. (2006). GeroPsychology. An applied field for the 21st century. *European Psychologist*, *11(4)*, 312–323.

Frankl, V.E. (1978). *Homo patients.* Przeł. Z.J. Jaroszewski, R. Czernecki. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.

Freeman, M. (1997). Death, narrative integrity and the radical challenge of self-understanding. A reading of Tolstoy's *Death of Ivan Ilych*. *Aging and Society*, *17*, 373–398.

Freund, A., Baltes, P.B. (1998). Selection, optimization and compensation as strategies of life management. Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging,* 13, 531–543.

Frewen, P.A., Brinker, J., Martin, R.A., Dozois, D.J. (2008). Humor styles and personality – vulnerability to depression. *Humor: International*

Journal of Humor Research, *21(2)*, 179–195.

Glicken, M.D. (2009). *Evidence-based counseling and psychotherapy for an aging population*. Amsterdam–Tokyo: Academic Press Elsevier.

Greenglass, E. (2002). Proactive coping and quality of life management. W: E. Frydenberg (red.), *Beyond coping. Meeting goals, visions, and challenges* (s. 37–62). London: Oxford University Press.

Greenglass, E., Schwarzer, R., Jakubiec, D., Fiksenbaum, L., Taubert, S. (1999). *The Proactive Coping Inventory (PCI). A multidimensional research instrument. Paper presented at the 20th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society (STAR)*. 12–14 lipca, Cracow, Poland.

GUS (2009). *Prognoza wydłużania się średniej długości życia dla kobiet i mężczyzn w Polsce.* Warszawa: GUS.

Gutmann, D.L. (1997). *The human elder in nature, culture and society*. Boulder: Westview Press.

Harless, K., Zisook, S. (2003). Bereavement and depression in late life. W: J.M. Ellison (red.), *Depression in later life. A multidisciplinary approach* (s. 109–130). New York: Marcel Dekker.

Harrison, M.O., Koenig, H.G., Hays, J.C., Embe-Akwari, A.G., Pargament, K.I. (2001). The epidemiology of religious coping. A review of recent literature. *International Review of Psychiatry*, *13*, 86–93.

Hermans, H., Hermans-Jansen, E. (2000). *Autonarracje. Tworzenie znaczeń w psychoterapii.* Przeł. P. Oleś. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Holtslander, L.F. (2008). Caring for bereaved family caregivers. Analyzing the context of care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *12(3)*, 501–506.

Hunt, L., Marshall, M., Rowlings, C. (red.). (1997). *Past trauma in late life. European perspectives in therapeutic work with older people*.

London: Jessica Kingsley.

Janowski, K. (2012). Skłonność do martwienia się u osób w podeszłym wieku. W: S. Steuden, M. Stanowska, K. Janowski (red.), *Starzenie się z godnością* (s. 231–240). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Janz, N.K., Wren, P.A., Lichter, P.R., Musch, D.C. Gillespie, B.W., Guire, K.E. (2001). Quality of life in newly diagnosed glaucoma patients. the collaborative initial glaukoma treatment study. *Ophthalmology*, *108*, 887–897.

Jeste, D., Alexoupoulos, G., Bartels, S., Cummings, J., Gallo, J., Gottlieb (1998). Depression and depressive symptoms in old age. W: I. Nordhous, G. VandenBos, P. Fromholt (red), *Clinical geropsychology* (s. 211–217). Washington, DC: APA.

Jong-Gierveld, J. de (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53(1)*, 119–128.

Jong-Gierveld, J. de (1998). A review of loneliness. Concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, *8(1)*, 73–80.

Jung, C.G. (1993*). Wspomnienia, sny, myśli*. Przeł. R. Reszke, L. Kołakowski. Warszawa: Wydawnictwo Wrota-Wydawnictwo KR.

Kastenbaum, R. (1975). Time, death and ritual in old age. W: J.T. Fraser, N. Lawrence (red.), *The study of the time* (s. 20–38). New York: Springer-Verlag.

Kissane, D.W., Clarke, D.M., Street, A.F. (2001). Demoralisation syndrome. A relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of Palliative Care*, *17*, 12–21.

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. (1997). *Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Warszawa–Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius.

Kleiber, M. (2008). MEMORIAŁ Komitetu Prognoz „Polska 2000 Plus” przy Prezydium PAN dla najwyższych władz Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie programu działań na rzecz poprawy sytuacji ludzi w starszym wieku. Warszawa: PAN.

Koenig, H. (1994). *Aging and God. Spirituals pathways to mental health in middle and later life*. Binghamton, NY: The Haworth Press.

Koenig, H. (2000). Religion, well-being and health in the elderly. The scientific evidence for an association. W: J. Thorsen (red.), *Perspectives in spiritual well-being and aging* (s. 84–97). Springfield, Il: C.T. Thomas.

Krzymiński, S. (red.). (1993). *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Krzymiński, S., Krzymińska, E. (1993). Zaburzenia psychotyczne organiczne. W: S. Krzymiński (red.), *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego* (s. 105–209). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Lang, F.R., Carstensen, L.L. (1994). Close emotional relationship in late life. Further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and Aging*, *9(2)*, 315–324.

Langer, N. (1999). Changing youngster's perceptions of aging. Aging education role. *Educational Gerontology*, *25*, 549–554.

Lawrence, A.R., Schiller Schigelone, A.R. (2002). Reciprocity beyond dyadic relationships. Aging related communal coping. *Research on Aging*, *24(6)*, 648–704.

Lazarus, R.S., Lazarus, B.N. (2006). *Coping with aging*. Oxford, NY: Oxford University Press.

Liebermann, M.A., Tobin, S.S. (1983). *The experience of old age: Stress, coping, and survival*. New York: Basic Books.

Marcinek, P. (2007). Funkcjonowanie intelektualne a subiektywna jakość życia u osób w wieku emerytalnym. *Gerontologia Polska*, *3*, 76–81.

Marczuk, M. (2006). Podłoże, kształtowanie i narodziny Lubelskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku. W: S. Steuden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia* (s. 327–339). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Martin, R.A. (2002). Humor, laughter and physical health. Methodological issues and research findings. *Psychological Bulletin*, *127(4)*, 504–519.

Martin, R.A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Wier, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being. Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, *37*, 48–75.

Maruszewski, T. (2005). *Pamięć autobiograficzna*. Gdańsk: GWP.

Mazurkiewicz, P. (1999). Zasady działania na rzecz osób starszych 1991. W: *Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Ku godnej, aktywnej starości* (s. 109). Warszawa: CASE.

McCrae, R.R., Costa, P.T. (2005). *Osobowość dorosłego człowieka. Perspektywa teorii pięcioczynnikowej*. Kraków: Wydawnictwo WAM.

Neugarten, B.L., Havighurst, R.J., Tobin, S.S. (1968). Personality and patterns of aging. W: B.L. Neugarten (red.), *Middle age and aging. A reader in social psychology* (s. 173–177). Chicago: The University of Chicago Press.

Nolen-Hoeksema, S., Arens, C. (2002). Age differences and similarities in correlates of depressive symptoms. *Psychology and Aging*, *17(1)*, 116–124.

Okła, W. (2009). Pomoc psychologiczna w sytuacji utraty. W: S. Steuden, S. Tucholska (red.), *Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby* (s. 197–205). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Oleś, P.K., Steuden, S., Toczołowski, J. (red.). (2002). *Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

Ouwehand, C., Ridder, D.T.D. de, Bensing, J.M. (2007). A review of successful aging models. Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*, *27(8)*, 873–884.

Pargament, K.L. (1997). *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice.* New York: Guilford Press.

Pargament, K.L., Brandt, C.R. (1998). Religion and coping. W: H. Koenig (red.), *Handbook of religion and mental health* (s. 111–128). New York: Academic Press.

Pargament, K.L., Smith, B.W., Koenig, H.G., Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *37*, 710–724.

Paul, C., Ayis, A., Ebrahim, S. (2006). Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Psychology, Health and Medicine*, *11(2)*, 221–232.

Pietrasiński, Z. (1990). *Rozwój człowieka dorosłego.* Warszawa: WP.

Przetacznik-Gierowska M. (1996). Periodyzacja rozwoju psychicznego. W: M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Zagadnienia ogólne* (t. 1, s. 222–239). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Pużyński, S., Wciórka, J. (1998). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Quigley H.A., Broman A.T. (2006). The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. *The British Journal of Ophthalmology*, *90(3)*, 262–267.

Ranzijn, R. (2002). Towards a positive psychology of ageing. Potentials and barriers. *Australian Psychologist*, *37(2)*, 79–85.

Rokach, A. (1988). The experience of loneliness: A tri-level Model. *Journal of Psychology*, *122*, 531–544.

Rothermund, K., Brandtstädter, J (2003). Coping with deficits and losses in later life. From compensatory action to accommodation. *Psychology and Aging*, *18*, 896–205.

Rovner, B., Casten, R., Hegel, M., Massof, R., Leiby, B., Tasman, W. (2011). Improving function in Age-Related Macular Degeneration. Design and methods of a randomized clinical trial. *Contemporary Clinical Trials*, March; *32(2)*, 196–203.

Sacks, O. (1996). *Mężczyzna, który pomylił swoją żonę z kapeluszem*. Przeł*. B. Lindenberg. Poznań:* Wydawnictwo Zysk i S-ka.

Sadowska, M., Steuden, S. (2009a). Brzemię rodzinne a syndrom wyczerpania sił u rodziców osób chorych psychicznie. W: K.

Janowski, J. Gierus (red.), *Człowiek chory. Aspekty biopsychospołeczne* (t. 1, s. 170–183). Lublin: BEST PRINT.

Sękowska, Z. (1998). *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*. Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.

Shmotkin, D., Eyal, N. (2003). Psychological time in later life. Implications for counseling. *Journal of Counseling and Development*, *81*, 259–267.

Starcevic, V., Berle, D., Milicevic, D., Hannan, A., Lamplugh, C., Eslick, G. (2007). Pathological worry, anxiety disorders and the impact of co-occurrence with depressive and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*, 1016–1027.

Steffens, D.C., Morgenlander, J.C. (2000). Wstępna ocena przy podejrzeniu otępienia. Jak zadawać właściwe pytania. *Medycyna po Dyplomie*, *9(8)*, 28–40.

Steuden, S. (2002). Poczucie jakości życia u pacjentów chorych na jaskrę. W: P. Oleś, S. Steuden, J. Toczołowski (red.), *Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia* (s. 121–137). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

Steuden, S. (2009). Doświadczanie żałoby przez osoby starsze. W: S. Steuden, S. Tucholska (red.), *Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby* (s. 171–182). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Steuden, S. (2011a). Mądrość jako pozytywny aspekt starzenia się. W: S. Steuden, M. Stanowska, K. Janowski (red.), *Starzenie się z godnością* (s. 71–82). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Steuden, S. (2011b). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Steuden, S., Kurtyka-Chałas, J. (2009). Dynamika procesu przeżywania straty związanej ze śmiercią współmałżonka. W: S. Steuden, S. Tucholska. (red.), *Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby* (s. 123–144). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Steuden, S., Marczuk, M. (2006). Wstęp. W: S. Steuden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia* (s. 9–14). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Steuden, S., Oleś, P. (2005). Oddziaływania zwiększające poczucie jakości życia pacjentów z zaburzeniami widzenia. W: A. Bańka (red.), *Psychologia jakości życia*, (s. 219–238). Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.

Straś-Romanowska, M. (2000). Paradoksy rozwoju człowieka w drugiej połowie życia a psychoprofilaktyka starości. W: B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja* (t. 2, s. 44–55). Bydgoszcz: WSP.

Straś-Romanowska, M. (2002). Mądrość człowieka starego – nawiązanie do teorii C.G. Junga. W: R. Saciuk (red.), *Psyche w sidłach iluzji. O psychoanalizie* (s. 51–62). Wrocław: Wydawnictwo UWr.

Straś-Romanowska, M. (2011). Późna dorosłość. W: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 326–350). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Stroebe, M.S., Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement. Rationale and description. *Death Studies*, *23(3)*, 197–224.

Stroebe, M.S, Schut, H., Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief. A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *38*, 185–201.

Stroebe, M.S., Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H., Bout, J. (2000). On classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychology Review*, *20(1)*, 57–75.

Stuart-Hamilton, I. (2006). *Psychologia starzenia się*. Przeł. A. Błachnio. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.

Stuart-Hamilton, I. (2012). *The psychology of ageing. An introduction* (wyd. 5). London–Philadelphia: Jessica Kingsley.

Svebak S., Martin R.A., Holmen J. (2004). The prevalence of sense of humor in a large unselected county population in Norway. Relations with age, sex and some health indicators. *Humor: International Journal of Humor Research*, *17(1–2)*, 121–134.

Tadd, W., Bayer, A. (2006). Dignity in health and social care for older Europeans. Implications of a European project. *Aging Health*, *2(5)*, 771–779.

Toczołowski, J., Klonowski, P. (2002). Zaćma, jaskra i choroba zezowa. W: P. Oleś, S. Steuden, J. Toczołowski (red.), *Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia* (s. 15–25). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

Psychology and Aging, *23(3)*, 169–180.

Tornstam, L. (1989). Gero-transcendence: A reformulation of the disengagement theory. Aging*. Clinical and Experimental Research*, *1*, 55–63.

Tornstam, L. (1996). Gerotranscendence – a theory about maturing in old age. *Journal of Aging and Identity*, *1*, 37–50.

Tornstam, L. (1999a). Gerotranscendence and the functions of reminiscence. *Journal of Aging and Identity*, *4*, 155–166.

Tornstam, L. (1999b). Later-life transcendence: a new developmental perspective on aging. W: L.E. Thomas, S.A. Eisenhandler (red.), *Religion, belief and spirituality in late lifes* (s. 178–201). New York: Springer.

Tornstam, L. (2005). *Gerotranscendence. A developmental theory of positive aging*. New York, Springer.

Van Zandt, P.L., Van Zandt, S.L., Wang, A. (1994). The role of support groups in adjusting to visual impairment in old age. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *88(3)*, 244–252.

Ward, L., Mathias, J.L., Hitchings, S.E. (2007). Relationship between bereavement and cognitive functioning in older adults. *Gerontology*, *53*, 362–372.

Washburn, A., Humboldt, S. von (2013). Older adults. W: M.Cooper, M.O'Hara, P.F. Schmid, A.C. Bohart (red.), *The Handbook of Person-Centred Psychotherapy & Counselling* (s. 297–312). New York: Palgrave Macmillan.

Webster, J.D. (1993). Construction and validation of the Reminiscence Functions Scale. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, *48*, 256–262.

Wink, P., Schiff, B. (2002). To review or not to review? The role of personality and the life events in the life review and adaptation to older age. W: J.D. Webster, B.K. Haight (red.), *Critical advances in reminiscence work. From theory to applications* (s. 44–60). New York: Springer.

Witkowski, T. (1994). Psychospołeczne problemy osób niewidomych. W: M. Chodkowska (red.), *Człowiek niepełnosprawny. Problemy autorealizacji i społecznego funkcjonowania* (s. 49–66). Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Wong, P.T.P., Watt, L.M. (1991). What types of reminiscence are associated with successful aging? *Psychology of Aging*, *6*, 273–279.

Menadżer ds. Wydawniczych
Emilia Leśniewska

Wydawca
Aleksandra Małek-Leśniewska

Koordynator ds. redakcji
Renata Ziółkowska

Projekt okładki
6AN Tomasz Jakóbiak

Przygotowanie wersji elektronicznej
Ewa Modlińska

Zdjęcie na okładce
Pixabay/Shutterstock

Konwersja do EPUB/MOBI
InkPad.pl

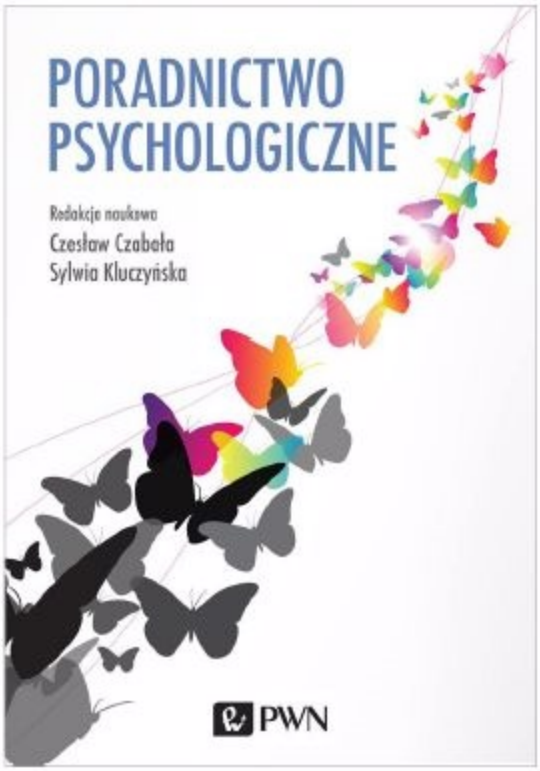
Artykuł stanowiący treść tego e-booka ukazał się w publikacji pt. „Poradnictwo psychologiczne” pod redakcją Czesława Czabały i Sylwii Kluczyńskiej (Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa 2015)

E-book, który nabyłeś, jest dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, abyś przestrzegał praw, które im przysługują. Nie publikuj go w internecie. Cytując jego fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. Kopiując jego część, rób to jedynie na użytek osobisty.

Copyright © by Wydawnictwo Naukowe PWN SA
ISBN 978-83-01-18410-0

Warszawa 2015

Wydawnictwo Naukowe PWN SA
02-460 Warszawa, ul. G. Daimlera 2
tel. 22 69 54 321; fax 22 69 54 288
infolinia 801 33 33 88
e-mail: pwn@pwn.com.pl
www.pwn.pl



Poradnictwo psychologiczne

Czesław Czabała, Sylwia Kluczyńska

Wydawnictwo Naukowe PWN, 2015

Kryzysy rozwojowe są naturalnymi zdarzeniami w życiu człowieka. Często radzimy sobie z nimi sami lub „z niewielką pomocą przyjaciół”. Bywają jednak i takie kryzysy, z których łatwiej jest wyjść, korzystając z pomocy psychologa.

Publikacja pod redakcją Czesława Czabały i Sywii Kluczyńskiej to kompendium wiedzy na temat poradnictwa psychologicznego przeznaczone dla studentów i praktyków. Czytelnik dowie się z niej, jak w skuteczny i profesjonalny sposób prowadzić tę formę pomocy

psychologicznej dla dzieci, młodzieży, dorosłych i osób starszych, a także dla par i rodzin.